# HIV-SEROPOSITIVITEIT EN INJEKTEREND DRUGGEBRUIK

**Resultaten van een zesmaandelijkse enquête in de drughulpverlening in Vlaanderen 1988 - 1993**

**Christel Grieten**

**Sven Todts**

**Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen (VAD), Brussel**

**Maatschappelijk-Geneeskundige Research (MGR), Antwerpen**

INHOUDSTAFEL

# HOOFDSTUK 1.
# INLEIDING

## 1.1. Registratie : 2 komplementaire benaderingen

In België gebeurt de officiële registratie van alle seropositieven en AIDS-patiënten door het IHE. Deze registratie is uiteraard anoniem. Hierbij wordt voor een drager van het virus o.a. opgevraagd of deze illegale drugs injekteert. Een gelijkaardig systeem is op internationaal vlak ontworpen door de WGO.
Een belangrijk nadeel van deze metode is dat men rekening moet houden met een zekere vertragingsfaktor bij de meldingen van nieuwe gevallen ([1]).

De omgekeerde benadering, nl. om vanuit de groep druggebruikers na te gaan of deze eventueel seropositieven bevat, levert aanvullende en even belangrijke informatie. Voor dit laatste bestonden lange tijd slechts enkele inspanningen op lokaal vlak, ondernomen door drughulpverleningscentra.

Om deze leemte op te vullen, is vanaf 1988 door de VAD een systematisch onderzoek opgezet.

In dat jaar stelde IPAC aan de Werkgroep Illegale Drugs van de VAD de vraag welke de doelstellingen van de VAD waren naar seropositieve druggebruikers.

---

([1]) om deze onnauwkeurigheden te ondervangen, zijn technische oplossingen uitgewerkt, bv. de zgn.'adjustment factors' in het probabiliteitensysteem van S. Heisterkamp e.a., Correcting reported AIDS incidence, 1989

Vanuit deze konkrete vraag nam de Werkgroep het initiatief om een registratieprojekt te starten bij instellingen voor opvang en behandeling van druggebruikers. De studie werd voorgelegd aan IPAC en aanvaard voor betoelaging vanuit het Ministerie van Volksgezondheid van de Vlaamse Gemeenschap, na positief advies vanuit de Wetenschappelijke Stuurgroep van het Ministerie.

Sinds de start heeft Rudi Peeters dit onderzoek uitgevoerd als VAD-taak binnen het preventieprojekt.
In maart 1992 heeft Jean-Paul Wydoodt als stafmedewerker die taak van hem overgenomen en tot eind 1992 uitgevoerd.

Vanaf mei 1992 stond deze registratie-opdracht tevens ingeschreven binnen het NFWO-projekt "AIDS en illegale druggebruikers", een onderzoek dat liep tot eind april 1994, in samenwerking met K.U.Leuven en Free Clinic Antwerpen en dat werd uitgevoerd door Hilde Kinable ([2]).

Vanaf januari 1993 maakte dit onderzoek eveneens deel uit van het COOL-projekt "HIV-preventie bij injekterende druggebruikers", dat wordt betoelaagd door de Vlaamse Minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden Detiège en uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen VAD en MGR (Maatschappelijk-Geneeskundige Research), een zusterorganisatie van Free Clinic Antwerpen. Dit projekt loopt tot eind 1995.
Sinds april 1993 heeft Christel Grieten, als onderzoeker binnen dit projekt, de enquête overgenomen van Jean-Paul Wydoodt.

Dit rapport werd geschreven door Christel Grieten en Sven Todts, die als arts verbonden is aan Free Clinic en MGR, deels in het kader van het COOL-projekt.
Hierbij werd dankbaar gebruik gemaakt van de kritische opmerkingen van Prof. J. Casselman, Marijs Geirnaert, Hilde Kinable en Jean-Paul Wydoodt.

---

([2]) R. Kinable, Drugsgebruikers en AIDS, 1994

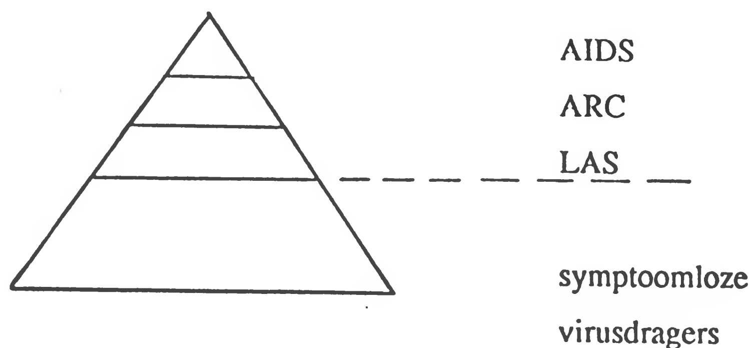
## 1.2. Begrippen

### 1.2.1. HIV / AIDS

De aantallen patiënten met AIDS die geregistreerd worden, zijn slechts het topje van de ijsberg.

Beckeringh ([3]) stelt dit voor a.h.v. een driehoeksschema.

HIV
seropositieven




De meerderheid van de HIV-geïnfekteerden bestaat uit symptoomloze virusdragers. Of en wanneer de aandoening zich zal manifesteren, is voor elk individu verschillend. Een kleiner aantal geïnfekteerden vertoont lichte klachten, maar bezit verder een normale afweer. Deze mensen hebben het Lymfadenopathie Syndroom (LAS). Een nog beperktere groep heeft een gestoorde afweer en serieuze klachten ; ze lijden aan het Aids Related Complex (ARC). Een kleine minderheid tenslotte is AIDS-patiënt.
De personen die lijden aan AIDS, ARC of LAS noemt men symptomatische seropositieven, de anderen asymptomatische seropositieven.

---

([3]) G. Beckeringh, in : A. Beckeringh e.a., Locaal beleid ten aanzien van AIDS en druggebruik, 1986, p. 25

### 1.2.2. Incidentie en prevalentie

Bij epidemiologische studies worden 3 belangrijke indices gehanteerd : incidentie, prevalentie en relatief risiko.

* De incidentie is het aantal nieuwe personen dat door de ziekte overvallen werd binnen een bepaalde tijdsperiode in verhouding tot het aantal mensen dat risiko loopt binnen diezelfde periode.

$$\text{incidentie} = \frac{N(\text{nieuwe gevallen})(t_2 - t_1)}{N(\text{mensen "at risk"})(t_2 - t_1)}$$

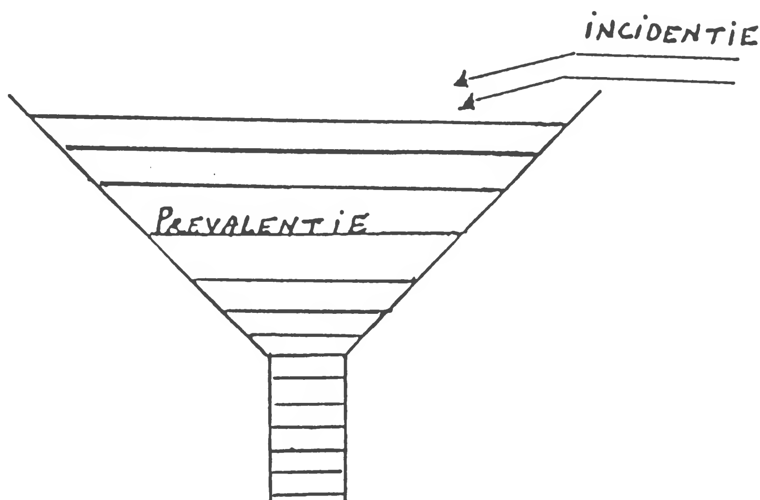
Wanneer een bepaalde interventie efficiënt werkt, daalt de incidentie. Met andere woorden, de incidentie is - mits andere faktoren konstant blijven - een goede indikator voor de kwaliteit van de interventie.

* De prevalentie is het totale aantal personen dat door de ziekte overvallen werd binnen een bepaalde populatie op een bepaald tijdstip in verhouding tot de gehele populatie op datzelfde tijdstip.

$$\text{prevalentie} = \frac{N(\text{totaal aantal gevallen})\ t_1}{\text{totale populatie}\ t_1}$$

De prevalentie is funktie van de incidentie en van de gemiddelde tijdsduur van het dysfunktioneren.

Deze begrippen kunnen verder verduidelijkt worden met behulp van een trechtermodel.




De vloeistof die zich in de trechter bevindt, komt overeen met de prevalentie van een bepaalde aandoening. De incidentie wordt voorgesteld als de vloeistof die over een bepaalde tijdsperiode wordt toegevoegd. Door de opening loopt steeds wat vloeistof weg : dit stelt de personen voor die herstellen van of sterven aan de aandoening of die om andere redenen uit de registratie verdwijnen.

* Het <u>relatieve risiko</u> is de incidentie van diegenen die blootgesteld worden (of zichzelf blootstellen) aan de ziekmakende faktor in verhouding tot diegenen die hier niet aan blootgesteld worden.

$$\text{relatief risiko} = \frac{\text{incidentie (blootgestelden)}}{\text{incidentie (niet-blootgestelden)}}$$

### 1.2.3. Injekterende druggebruikers

In vele publikaties wordt de term "intraveneuze druggebruikers" (IVD) gehanteerd.
Deze term klopt taalkundig niet : niet de druggebruikers of de drugs zijn intraveneus, maar wel de wijze van injekteren ; men moet dus volledig zeggen : "intraveneus injekterende druggebruikers".
Bovendien zijn er nog andere dan intraveneuze wijzen van injekteren, bv. intramuskulair of onderhuids ("skin popping") ; dit laatste wordt in buitenlandse studies beschreven, maar is weinig verspreid in België. Met het oog op HIV-overdracht zijn deze andere injektiemetoden evenzeer riskant.

Als in onze enquête en in verschillende andere studies de uitdrukking "intraveneuze druggebruiker" gehanteerd wordt, zijn hiervoor een aantal praktische redenen.
Ten eerste gebeurt dit omwille van kontinuïteit. De term "injekterende druggebruiker" (IDG) ("injecting drug user" - IDU) is pas vrij recent in zwang gekomen. Tevoren werd er algemeen gesproken van "intraveneuze druggebruiker" (IVD) (in het Engels gebruikte men de term "intravenous drug abuser" - IVDA, die vooral o.w.v. het moraliserende karakter van het woord "abuser", "misbruiker" werd achterwege gelaten).
Ten tweede komen andere injektiewijzen dan de intraveneuze in Vlaanderen zelden voor.
Het IHE registreert alle vormen van injekterend druggebruik, maar vermeldt ze onder de noemer van "intraveneuze druggebruikers" - wat in de Belgische kontext nagenoeg synoniem is.

In dit rapport worden volgende afkortingen gehanteerd.

- IDG : injekterend druggebruik(er)
- IVD : intraveneus injekterend druggebruik(er)
- NIVD : niet intraveneus injekterend druggebruik(er) ; de facto verwijst deze term naar alle niet-injekterende gebruikers van illegale drugs

## 1.3. De verspreiding van HIV in het IDG milieu

In de geïndustrialiseerde wereld is IDG een belangrijke oorzaak van HIV-transmissie : zowel in de Verenigde Staten als in grote delen van Europa (met name Zuid-Europa) is IDG als transmissie-mekanisme even belangrijk als of belangrijker dan anale seks. In België blijft de impakt tot op heden beperkt.

Deze sub-epidemie is om een aantal redenen onrustbarend.

### 1.3.1. Sekundaire heteroseksuele transmissie

Via sekundaire heteroseksuele transmissie fungeert IDG als brug voor het virus naar de algemene bevolking. Prostitutie versnelt dit fenomeen. Het hoge aantal vrouwelijke seropositieven maakt HIV bij IDG een belangrijke bron van pediatrische AIDS.

Druggebruikers zijn seksueel aktief. Vaak zijn de partners niet-gebruikers of alleszins niet-injekteerders ([4]). Een sekundaire heteroseksuele transmissie is daarom steeds mogelijk.
In sommige gevallen is deze sekundaire epidemie onmiddellijk duidelijk, zoals in Thailand, waar de prostitutie in deze epidemie als katalysator fungeert.

De evolutie is echter niet altijd even rechtlijnig, waardoor de overdreven angst van enkele jaren geleden is omgeslagen in een vals gevoel van veiligheid.
Nochtans tonen recente Europese onderzoeksresultaten een toename van heteroseksuele transmissie, vooral in die landen waar HIV bij IDG veel voorkomt. ([5])

---

([4]) M.C. Donoghoe, Sex, HIV and the injecting drug user, 1992

([5]) zie : AIDS surveillance in Europe. Quarterly Report N° 40. 31st December 1993

In New York is heteroseksuele transmissie de oorzaak van HIV bij 25 % van de vrouwen ([6]), een percentage dat elk jaar stijgt. Ook in Spanje meldt men recent een toename van heteroseksuele transmissie. ([7])

1.3.2. Introduktie van HIV in nieuwe regio's

Druggebruikers introduceren het virus in regio's die niet eerder met HIV in kontakt waren.

Druggebruik is in hoge mate verantwoordelijk voor de introduktie van HIV in Zuid-Oost-Azië en India. Vanuit Thailand werd het virus geëxporteerd naar omliggende landen.

De situatie is potentiëel explosief in het voormalige Oostblok, waar druggebruik snel lijkt toe te nemen. Recent is de situatie aan het verslechteren in St Petersburg. ([8]) Relatief hoge HIV-seroprevalenties bij IDG werden eerder al gemeld in ex-Joegoslavië en Polen.

Ook in Latijns-Amerika is met name cocaïnegebruik mee verantwoordelijk voor een sterke uitbreiding van de HIV-epidemie.

---

([6]) D. Des Jarlais e.a., HIV infection among intravenous drug users, 1992

([7]) P. Viciana e.a., Epidemiological and clinical features on HIV infection in the South of Spain, 1993

([8]) P. Hartsock e.a., HIV infection in St. Petersburg, Russia, 1993

### 1.3.3. Snelle uitbreiding

In regio's met een lage prevalentie bij IDG kan zich plots een snelle uitbreiding van de epidemie voordoen.

In steden als Milaan, Edinburgh en Bangkok steeg de prevalentie binnen 2 jaar van minder dan 10 tot 50 % of meer. ([9])

Aan de oorsprong van de epidemie liggen 2 mekanismen : enerzijds de verspreiding vannuit een kleine groep homo- en biseksuele IDG die als scharnier tussen de 2 groepen fungeren, bv. in New York ([10]) of Rio de Janeiro ([11]) ; anderzijds de import vanuit hoge-prevalentie-gebieden, bv. naar Antwerpen.

In het algemeen ontwikkelt een epidemie zich het snelst indien aan volgende voorwaarden wordt voldaan :
- gebrek aan bewustzijn ; dit was in de vroege jaren 80 het geval
- efficiënte vermenging van verschillende milieus ; bv. in gevangenissen of "shooting galleries" ([12])
- gebrek aan alternatieven onder de vorm van vervangingsmedikatie (metadon) of beschikbaarheid van steriele spuiten.

Toch is de dynamiek van de epidemies niet volledig verklaard, voorzichtigheid blijft dus geboden.

Anderzijds zijn er steden die al jaren een lage HIV-seroprevalentie kennen bij IDG, ondanks aanzienlijk risikogedrag. Alhoewel studies vaak moeilijk onderling vergelijkbaar zijn, is

---

([9]) D. Des Jarlais e.a., HIV infection among intravenous drug users, 1992

([10]) D. Des Jarlais e.a., HIV-1 infection among intravenous drug users in Manhattan , 1989

([11]) E. Lima e.a., Risk factors for HIV-1 seroprevalence in a sample of drug-injectors from Rio de Janeiro, Brazil, 1993

([12]) "Shooting galleries" zijn plaatsen waar een gebruiker, die zich vooraf drugs heeft aangeschaft, spuiten ("works") kan huren of zich door een "professional" ("doctor") kan laten injekteren.

het dus duidelijk dat de HIV-seroprevalenties van regio tot regio sterk kunnen verschillen. In bepaalde studies, bv. in Rome, vindt men zelfs aanzienlijk verschillende prevalenties van wijk tot wijk.
In sommige gevallen kan het verschil verklaard worden door een vroegere of latere introduktie van het virus in de drugscene. In andere gevallen wordt het verschil verklaard door verschillende wijzen van gebruik of door duidelijk gescheiden gebruikersgroepen, bv. de verschillende rassen in New York.

Tenslotte moet het ook duidelijk zijn dat een stabilisatie van de HIV-seroprevalentie niet betekent dat de epidemie gestopt is. In Berlijn daalde de HIV-seroprevalentie tussen 1991 en 1993 van 22 naar 15 %. Toch kon geen daling van de incidentie vastgesteld worden.([13]) In Bangkok gaat een relatieve stabilisatie van de prevalentie gepaard met een incidentie van 10 %. ([14])

Een stabilisatie is het gekombineerd effekt van 3 faktoren :
- invloei van nieuwe seronegatieve IDG
- verlies van oude seropositieve gebruikers (overleden of niet meer geregistreerd)
- gedragsveranderingen onder invloed van preventieve akties of strukturele wijzigingen in het gebruikersmilieu.
Zo wijt Dr. Reisinger de lage prevalentie in België mede aan de uitbreiding van metadonterapie in Brussel in het begin van de jaren 80 ([15]).

---

([13]) A. Pant - D. Kleiber, Explaining decline and stabilization of HIV seroprevalence in Berlin IDU between 1989 and 1993, 1993

([14]) D. Kitayaporn e.a., HIV-1 incidence determined retrospectively in drug users in Bangkok, Thailand, 1993

([15]) M. Reisinger, Treatment of drug addiction and the epidemiology of AIDS, 1993

### 1.3.4. Onderschatting van de epidemie

Indien men enkel naar de AIDS-gevallen kijkt, kan men de epidemie onderschatten, vanwege de lange latentieperiode. Bij IDG is dit zeker het geval., en wel om 2 redenen.

Studies in de Verenigde Staten melden een verhoogd aantal sterftegevallen onder HIV-seropositieve IDG die niet onder de AIDS-diagnose vallen, en waardoor de impakt van de epidemie dus onderschat wordt. ([16])

De herziening van de CDC-AIDS-kriteria ([17]) in 1993 heeft gepoogd deze scheeftrekking te korrigeren door o.a. pulmonaire TBC en rekurrente bakteriële pneumonie in de definitie op te nemen. Recent onderzoek in Amsterdam meldt trouwens wel een verhoogde non-AIDS morbiditeit (met name bakteriële pneumonie), maar geen geassocieërde non-AIDS mortaliteit, en wijt dit aan de betere gezondheidsinfrastruktuur in Nederland. ([18])
Toch blijkt uit de eerste gegevens dat deze herziening ook in Europa vooral tot nieuwe AIDS-diagnoses bij IDG leidt : 45 % van de gevallen van pulmonaire TBC, 49 % van de gevallen van rekurrente bakteriële pneumonie.

---

([16]) D. Des Jarlais e.a., HIV-1 is associated with fatal infectious diseases other than AIDS among IVDU, 1988

([17]) CDC = Centers for Disease Control, een VS-overheidsinstelling

([18]) G. Mientjes, Studies on the natural course of HIV infection among injecting drug users, 1993, Chapter 5

In Edinburgh werd de verkoop van naalden en spuiten aan druggebruikers van overheidswege beperkt, in de periode waarin HIV in de drugscene was geïntroduceerd. Dit leidde, binnen de 2 jaar na de introduktie van het virus in de scene, tot een HIV-seroprevalentie van 50 %. ([26])
In bepaalde situaties is het gemeenschappelijk gebruik van spuiten de gewoonte. Zo is in de Verenigde Staten het gebruik in "shooting galleries" een belangrijk risiko ([27]).
Een sterk tegenvoorbeeld is Italië, waar naalden en spuiten legaal verkrijgbaar zijn zonder voorschrift en soms zelfs in supermarkten verkocht worden. Dit heeft de snelle verspreiding van HIV in het Noorden van het land niet kunnen beletten. ([28])

- naargelang het gemeenschappelijk spuiten een rituele funktie heeft.

Alhoewel duidelijk is dat verschillende onderdelen van het drugspuiten in groep rituele kenmerken vertonen ([29]), is dit in onze kontreien niet het geval voor het gebruik van de spuiten op zich. Het "sharen" van spuiten is zuiver utilitair. Dit verklaart trouwens de suksessen van preventieve tussenkomsten.

---

([26]) J. Robertson e.a., Epidemic of AIDS related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug users, 1986

([27]) D. Des Jarlais e.a., HIV infection among intravenous drug users, 1992

([28]) D. Des Jarlais - S. Friedman, HIV infection among intravenous drug users, 1987, p. 69

([29]) J.-P. Grund, Drug use as a social ritual, 1993

Naast het injektierisiko, is er vaak ook riskant seksueel gedrag. Het aandeel van seksuele risiko's in de totaliteit van HIV-transmissie bij IDG is slecht gekend, maar wellicht vrij beperkt.

Een duidelijk toegenomen risiko is enkel in vrij extreme settings aangetoond.

Zo is het gebruik van crack (dat gerookt wordt) in de Verenigde Staten een risikofaktor voor HIV : in New York City zijn 32 % van de vrouwelijke crack-gebruikers HIV-geïnfekteerd (tegenover 6 % bij niet-crack-gebruikende vrouwen) ; in Miami bedroeg dit 45 % (tegenover 7 %) ([30]). De oorzaak is dat vrouwelijke gebruikers de dealers vaak betalen met seksuele gunsten. ([31])
In het algemeen geldt dat stimulerende middelen (cocaïne, amfetamine, XTC) vooral bij beginnend of sporadisch gebruik tot een hogere frekwentie van risikoseks leiden, en verdovende middelen tot een lagere frekwentie (met uitzondering van prostitutiekontakten). Echter : ook kalmerende middelen als barbituraten en benzodiazepines kunnen door een disinhiberend effekt tot risikoseks leiden.

Onderzoek in Vlaanderen bevestigt de internationale bevinding dat IDG zich vaak engageren in multipele seksuele relaties, en dat de frekwentie van kondoomgebruik, misschien met uitzondering van vrouwelijke prostitutie, volstrekt onvoldoende is ([32]).

---

([30]) Edlin, 1992

([31]) Genser, 1992

([32]) G. Papaevangelou e.a., Concerted action on HIV prevalence and risk factors among IDU in EC and COST countries, 1993

# HOOFDSTUK 2.
# EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

Op 31 december 1993 waren bij de WGO officieel 851.628 gevallen van AIDS aangegeven. Dit aantal is onderschat ten gevolge van onder-diagnose, onderrapportering en vertragingen in de rapportering. De WGO schat hun totale aantal echter op ongeveer 3 miljoen.
Het aantal gevallen van seropositiviteit schat het WGO op 14 miljoen volwassenen en 1 miljoen kinderen. ([33])

Er worden verschillende types van HIV-verspreiding onderscheiden.
"Type 1" verspreiding heeft homoseksualiteit als belangrijkste transmissiemekanisme.
"Type 2" verspreiding kent vooral heteroseksuele transmissie, sekundair aan de besmetting van IDG

Het is algemeen geweten dat IDG in geïndustrialiseerde landen een risikogroep zijn voor HIV en AIDS.
Maar ook de ontwikkelingslanden hebben een IDG probleem, dat zich uitbreidt, vooral in de grote steden.

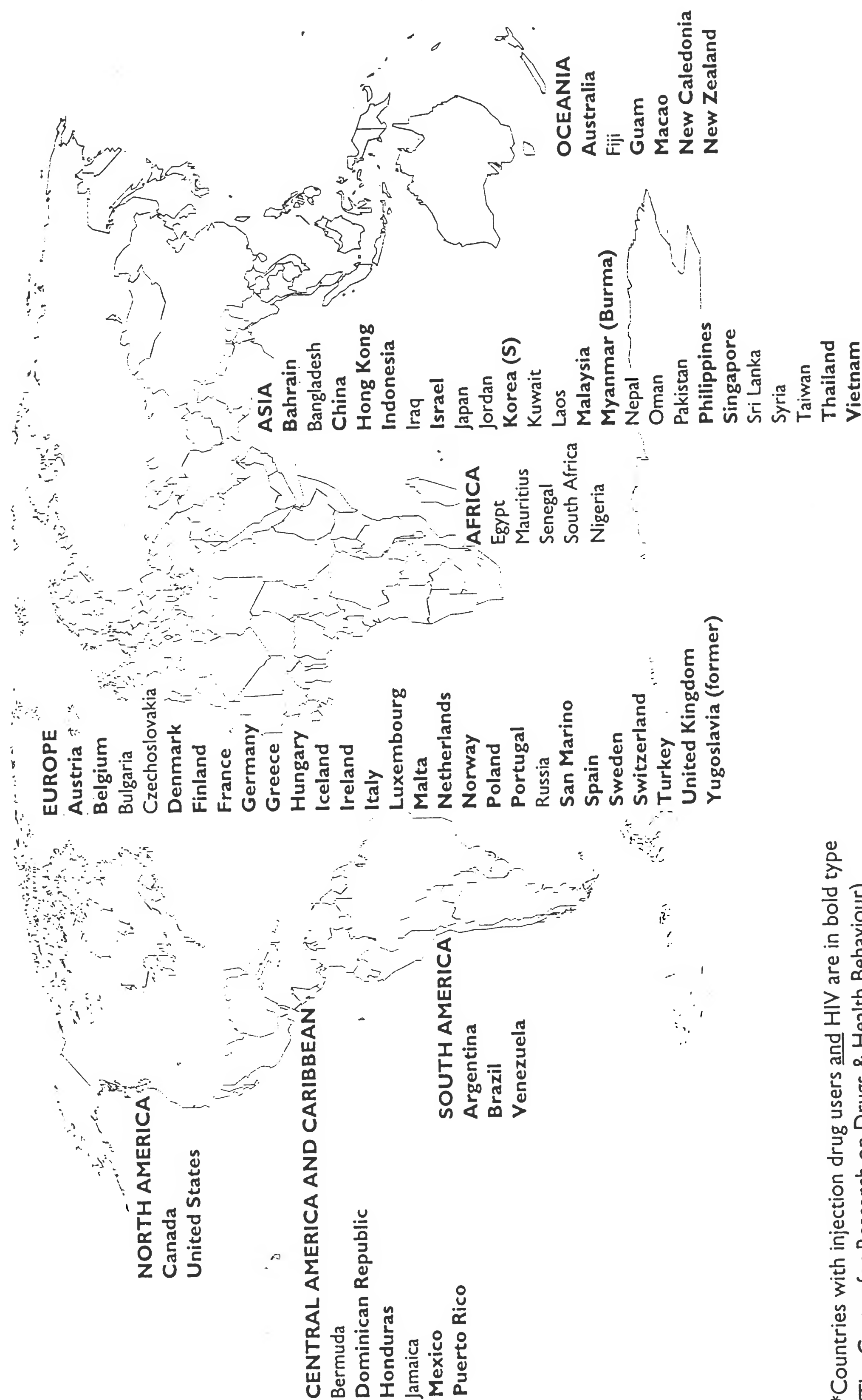
De kaart op volgende bladzijde geeft een overzicht van de aanwezigheid van IDG en van de verspreiding van HIV bij IDG in de wereld. ([34]) De namen van de landen waar HIV reeds geïntroduceerd is bij IDG, staan vet gedrukt.

---

([33]) World Health Organization, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - Data as at 31 December 1993

([34]) kaart overgenomen uit : R. Gorna (Ed.), Conference summary report. VIIIth International Conference on AIDS, 1992, p. 31

## Countries Where Injection Drug Users (and HIV*) are Found




*Countries with injection drug users and HIV are in bold type
(The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour)

## 2.1. De situatie buiten Europa

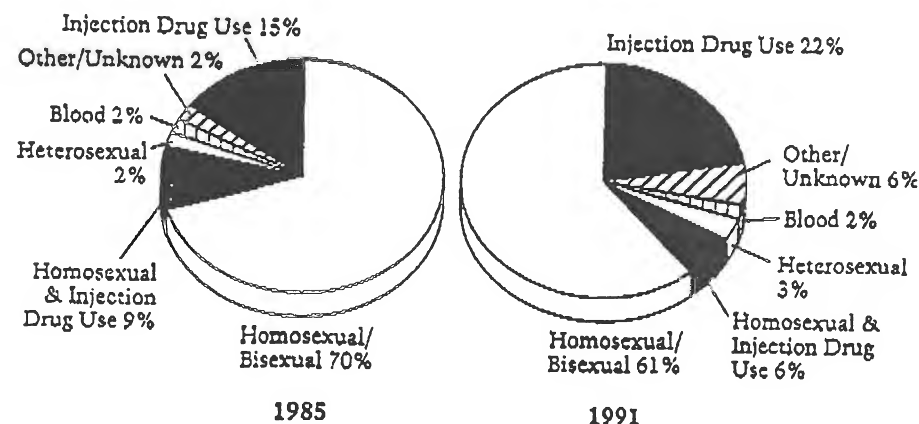
### 2.1.1. De Verenigde Staten

Per 31/10/1992 waren er in de Verenigde Staten 242.146 AIDS-gevallen aangegeven, d.i. (18,4 gevallen per 100.000 inwoners). ([35])

Het aantal seropositieven wordt op ca. 1 miljoen geschat.

De eerste epidemie bij IDG werd herkend in New York in het begin van de jaren 80. Sindsdien is duidelijk geworden dat ook in de VS IDG een steeds belangrijker deel van de AIDS-gevallen uitmaken.

Onderstaande grafieken tonen de evolutie van het aandeel van IDG als HIV-transmissieroute. ([36])

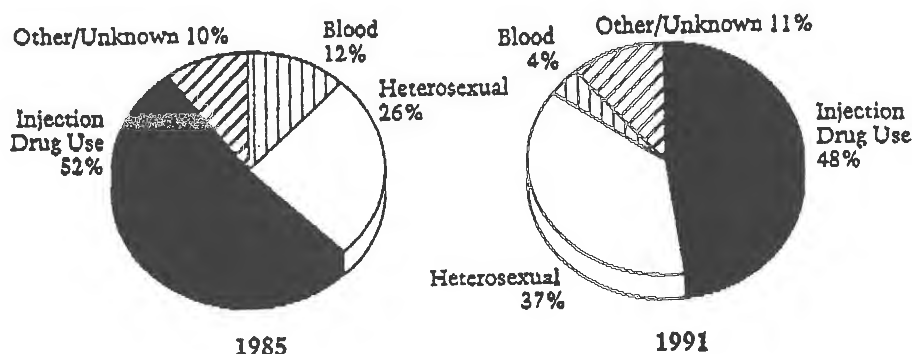



**AIDS cases in United States in men by mode of transmission, 1985 and 1991.**

([35]) vermeld in : Morbidity and Mortality Weekly Report, januari 1993

([36]) overgenomen uit : AIDS/HIV/STD surveillance report, 1990

In 1991 maakten IDG bij de mannen 28 % (22 % enkel IVD + 6 % IVD & homoseks) van de AIDS-gevallen uit, t.o.v. slechts 24 % (15 % enkel IVD + 9 % IVD & homoseks) in 1985.




Cases in United States in women by mode of transmission, 1985 and 1991.

Bij de vrouwen bedroeg dit 52 % in 1985, en nog slechts 48 % in 1991.
Deze proportionele afname bij de vrouwen is een gevolg van de toename van de proportie vrouwen die door heteroseksueel kontakt besmet werden : 26 % in 1985, 37 % in 1991.
Seksueel kontakt met een IDG is de belangrijkste reden voor deze besmettingen. ([37]) Studies wijzen uit dat 30 tot 35 % van niet-injekterende vrouwelijke partners van seropositieve IDG zelf ook met HIV besmet zijn. ([38])

Omwille van biologische redenen (mannen besmetten vrouwen gemakkelijker dan vice-versa) en vanwege seksuele gedragsverschillen tussen mannen en vrouwen (mannen hebben meer vrouwelijke seksuele partners dan vice-versa) kan verwacht worden dat de disproportie tussen mannen en vrouwen op het gebied van heteroseksuele transmissie nog zal toenemen.

---

([37]) S. Blower - G. Medley, Epidemiology, HIV and drugs, 1992

([38]) M.C. Donoghoe, Sex, HIV and the injecting drug user, 1992

Eveneens als gevolg van het hogere aantal besmettingen bij vrouwen, stijgt ook het aantal gevallen van pediatrische AIDS door perinatale besmetting. Bij een onderzoek in een New Yorks hospitaal werden in totaal 1,25 % van de nieuwgeborenen seropositief bevonden. In 58 % van de gevallen was de moeder een IDG of een seksuele partner van een IDG. ([39])

De gevallen van AIDS bij IDG blijven geografisch beperkt tot de grote steden, vooral in het noordoosten. De grote interregionale verschillen zijn nog steeds niet volledig verklaard. Volgende faktoren spelen een rol :

- het ogenblik van introduktie van het virus in de drugscene
- subkulturele aspekten, bv. mate van gebruik van "shooting galleries"
- etnische faktoren :
    - zwarten en Latino's hebben hogere prevalenties dan blanken of Aziaten ; regio's met hoge aantallen zwarten en Latino's hebben dan ook hogere prevalentiecijfers
    - verschillen in prevalentie door duidelijk gescheiden gebruikersgroepen, bv. de verschillende rassen in New York ([40])

Overigens is duidelijk aangetoond dat er geen biologische faktor speelt in deze verschillen : ze kunnen teruggevoerd worden tot verschillen in druggebruik, drugkultuur en verschillen in het benutten van preventie- en behandelingsmogelijkheden. ([41])

---

([39]) J. Sorensen e.a., <u>Preventing AIDS in drug users and their sexual partners</u>, 1991, p. 47

([40]) D. Des Jarlais e.a., <u>HIV-1 infection among intravenous drug users in Manhattan</u>, 1989

([41]) E. Schoenbaum, <u>Risk factors for HIV in IVDU</u>, 1989

### 2.1.2. Latijns-Amerika

Het aantal infekties in Latijns Amerika is vergelijkbaar met dat van de Verenigde Staten. Ook hier gaat het om "type 1" verspreiding.

In enkele landen neemt het aantal gevallen door IDG echter toe. Met name cocaïnegebruik is mee verantwoordelijk voor een sterke uitbreiding van de HIV-epidemie.
Net als in Europa en de Verenigde Staten leidt dit tot een toename van besmettingen bij vrouwen en kinderen.

Recent werden uitbreidende epidemies bij IDG gemeld in Brazilië (São Paolo, Rio de Janeiro) ([42]) ([43]), Argentinië (Buenos Aires) ([44]), Mexico en Uruguay, waar 76,5 % van de IDG seropositief is ([45]).

Recent stelt men in Braziliaanse steden een overgang vast van een "type 1" naar een "type 2" verspreiding. ([46]) ([47])

---

([42]) AIDS boletim epidemiologico, 1988

([43]) E. Lima e.a., Injecting drug users and the spread of HIV in Brazil, 1992

([44]) Boxaca e.a., HIV-prevalence and the role of other infectious diseases in a group of drug users in Argentina, 1990

([45]) M. Correa e.a., Drugs and AIDS in Uruguay, 1993

([46]) E. Sprinz e.a., The changes in HIV population characteristics in South Brazil from 1986 to 1992, 1993

([47]) A. Grangeiro e.a., Socio-economic aspects and epidemiological patterns of AIDS in São Paolo City, 1993

### 2.1.3. Azië [48]

De verspreiding van HIV in de Aziatische regio begon pas einde jaren 80.
De Aziatische subepidemie is vooral beangstigend omdat de deze regio de helft van de wereldbevolking omvat. Gezien de aard van de verspreiding, vooral via heteroseksueel kontakt, en het ontbreken van een goede infrastruktuur voor gezondheidszorgen in grote delen van deze regio, kan voor een dramatische ontwikkeling in de volgende jaren gevreesd worden. Een volledige inschatting van de situatie is op basis van de huidige gegevens echter zeer moeilijk.

In India en op de Filippijnen werd het virus wellicht geïmporteerd door het seks-toerisme. [49]
In India verliep de verspreiding vooral via prostitutie. Zowel Bombay als New Delhi tellen meer dan 100.000 vaak zeer jonge prostituées. Meer dan 80 % van hen hebben bij onderzoek minstens 1 seksueel overdraagbare aandoening. Tussen 15 en 25 % zijn besmet met HIV. [50] In Bombay steeg de prevalentie bij prostituees van 3 % in 1986 naar 32 % in 1992. Bij de mannelijke prostitués (vaak gekastreerde leden van de "Hijra" kultus) ligt de HIV-seroprevalentie op 10 %.
Naast prostitutie spelen in India, in de Noordelijke provincie Manipur, ook besmette bloedvoorraden en IDG een rol in de verspreiding van HIV. [51]

---

[48] A. Wodak e.a., HIV infection among injecting drug users in Asia, 1993

[49] I. Gilada (Ed.), AIDS in Asia, 1991, p. 21 - 25

[50] I. Gilada (Ed.), AIDS in Asia, 1991, p. 13 - 18

[51] Ng. Brajachand.Sing, Spread of HIV infection in Manipur, 1993

In Thailand verliep de epidemie in 3 etappes. ([52])
In 1985 waren er slechts 10 gevallen van seropositiviteit bekend.
In 1986 werd ontdekt dat 1 % van de IDG (geschat op meer dan 100.000 in Bangkok) seropositief waren ; in 1988 was dat 16 %, in 1989 44 %.
De primaire IDG-epidemie werd gevolgd door een verspreiding in de seksindustrie en de algemene bevolking. Vanuit de IDG werden de prostituées besmet. Momenteel zijn 40 % van de prostituées in Bangkok besmet ; de besmettingsgraad is hoger naarmate de prostituées in een lagere socio-ekonomische groep zitten. Vanuit de prostitutie werd ook de algemene bevolking besmet.
Een studie bij rekruten in het Thai Army stelde vast dat in 1992 3,5 % van de 21-jarige mannen seropositief was. In sommige streken loopt dit op tot 19 % ([53]).

Vanuit Bangkok en de Chiang Mai regio in Thailand werd het virus geëxporteerd naar omliggende landen (Birma, Laos, Zuid-China).
De verspreiding volgde de routes van de heroïnehandel. ([54])
Een onderzoek op de heroïneroute in Yunnan (Zuid-China) leverde 49 % seropositiviteit op bij IDG en 10 % bij hun partners. ([55])

---

([52]) I. Gilada (Ed.), AIDS in Asia, 1991, p. 26

([53]) N. Sirisopana e.a., Prevalence of HIV-1 infection in young men entering the Royal Thai Army, 1993

([54]) D. Des Jarlais e.a., HIV infection among intravenous drug users, 1992

([55]) X. Zheng e.a., Rapid spread of HIV among drug users and their wives in Southwest China, 1993

In Noord-Oost-Maleisië zijn momenteel 30 % van IDG die zich aanbieden voor ontwenning seropositief. [56]

Gelijkaardige alarmerende cijfers zijn beschikbaar voor Myanmar (Birma) [57].

[56] S. Singh e.a., HIV infection among injecting drug users in north-east Malaysia, 1993

[57] Session 101, VIIIth International Conference on AIDS, Amsterdam, 1992

## 2.2. De situatie in Europa

Sinds 1981 hebben 28 Europese landen zich ertoe verbonden om elke 3 maanden de plaatselijke stand van zaken in verband met AIDS aan de Surveillance van de WGO te rapporteren. Dankzij deze samenwerking is het nu mogelijk om een beter zicht te krijgen op de dynamiek van de verspreiding van het virus in heel Europa.

Tot 30 december 1993 waren er in de WGO-regio Europa kumulatief 109.858 gevallen van AIDS gemeld.

Het kaartje op volgende bladzijde en tabel 2 ([58]) tonen de aktuele toestand en de toename tussen 1981 en 1993 van het aantal AIDS-gevallen bij IDG in Europa.

In totaal zijn 39041 of 37,2 % van de AIDS-gevallen in Europa het gevolg van transmissie door IDG. Daarnaast zijn er 1759 of 1,7 % personen met als risikogedrag IVD & homoseks. Dat brengt het totaal aantal seropositieve IDG op 40800 of 39 %.

Het absolute en relatieve aantal IDG is in de loop van de jaren 80 spektakulair gestegen. Sinds 1990 ligt het hoger dan het aandeel van de transmissies via homoseksueel kontakt en bedraagt het meer dan 40 %.

Het aantal gevallen bij vrouwen blijft proportioneel toenemen en bedraagt 19 % t.o.v. 17,4 % in 1991. Ook het aantal gevallen door heteroseksuele transmissie blijft toenemen en bedraagt nu 15,3 %. Meer dan 65 % van de vrouwen zijn besmet door IDG. ([59])

---

([58]) overgenomen uit : AIDS surveillance in Europe. Quarterly Report N° 40. 31st December 1993, Map 3 & Table 6

([59]) R. Ancelle-Park e.a., European surveillance of AIDS, 1993

Map 3. Cumulative AIDS cases in injecting drug users and % of adult/adolescent cases
Carte 3. Cas de SIDA cumulés parmi les toxicomanes et % de cas adultes/adolescents

Tabel 1.

**Table 6.** Adult/adolescent AIDS cases* by year of diagnosis and transmission group reported by 31 December 1993, before and after adjustment for reporting delays, WHO European region - ENAADS **

**Tableau 6.** Cas de SIDA adultes/adolescents* par année de diagnostic et par groupe de transmission déclarés au 31 décembre 1993, avant et après redressement pour les délais de déclaration, Région Europe de l'OMS - ENAADS**

| Year of diagnosis / Année de diagnostic | Homo/bisexual male / Homo/bisexuel masculin | | Injecting drug user (IDU) / Toxicomane | | Homo/bisexual IDU / Homo/bisexuel toxicomane | | Haemophiliac/Coagulation disorder / Hémophile/Trouble de la coagulation | | Transfusion recipient° / Transfusé° | | Heterosexual contact / Contact hétérosexuel | | Nosocomial infection / Infection nosocomiale | | Other/undetermined / Autre/indéterminé | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| **Reported cases - Cas déclarés** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unknown-Inconnu | 91 | 8.6 | 766 | 72.7 | 36 | 3.4 | 17 | 1.6 | 4 | 0.4 | 65 | 6.2 | 0 | 0.0 | 74 | 7.0 | 1053 |
| < 1981 | 10 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 30.0 | 0 | 0.0 | 4 | 20.0 | 20 |
| 1981 | 14 | 45.2 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 2 | 6.5 | 9 | 29.0 | 0 | 0.0 | 4 | 12.9 | 31 |
| 1982 | 51 | 58.0 | 2 | 2.3 | 3 | 3.4 | 2 | 2.3 | 6 | 6.8 | 19 | 21.6 | 0 | 0.0 | 5 | 5.7 | 88 |
| 1983 | 183 | 63.5 | 6 | 2.1 | 8 | 2.8 | 14 | 4.9 | 7 | 2.4 | 64 | 22.2 | 0 | 0.0 | 6 | 2.1 | 288 |
| 1984 | 468 | 66.9 | 56 | 8.0 | 13 | 1.9 | 28 | 4.0 | 20 | 2.9 | 92 | 13.1 | 0 | 0.0 | 23 | 3.3 | 700 |
| 1985 | 1153 | 62.8 | 289 | 15.7 | 57 | 3.1 | 78 | 4.3 | 45 | 2.5 | 165 | 9.0 | 0 | 0.0 | 48 | 2.6 | 1835 |
| 1986 | 2156 | 57.4 | 815 | 21.7 | 113 | 3.0 | 162 | 4.3 | 131 | 3.5 | 276 | 7.4 | 0 | 0.0 | 101 | 2.7 | 3754 |
| 1987 | 3567 | 51.1 | 1961 | 28.1 | 153 | 2.2 | 210 | 3.0 | 311 | 4.5 | 571 | 8.2 | 0 | 0.0 | 202 | 2.9 | 6975 |
| 1988 | 4691 | 44.9 | 3744 | 35.8 | 180 | 1.7 | 297 | 2.8 | 352 | 3.4 | 882 | 8.4 | 0 | 0.0 | 313 | 3.0 | 10459 |
| 1989 | 5716 | 41.9 | 5115 | 37.5 | 271 | 2.0 | 345 | 2.5 | 389 | 2.8 | 1340 | 9.8 | 0 | 0.0 | 477 | 3.5 | 13653 |
| 1990 | 6155 | 39.4 | 6127 | 39.3 | 276 | 1.8 | 275 | 1.8 | 353 | 2.3 | 1752 | 11.2 | 0 | 0.0 | 672 | 4.3 | 15610 |
| 1991 | 6464 | 37.3 | 6948 | 40.1 | 250 | 1.4 | 301 | 1.7 | 335 | 1.9 | 2066 | 11.9 | 1 | 0.0 | 942 | 5.4 | 17307 |
| 1992 | 6557 | 35.6 | 7303 | 39.7 | 237 | 1.3 | 242 | 1.3 | 320 | 1.7 | 2465 | 13.4 | 1 | 0.0 | 1271 | 6.9 | 18396 |
| 1993 | 4828 | 32.8 | 5908 | 40.1 | 162 | 1.1 | 176 | 1.2 | 236 | 1.6 | 2250 | 15.3 | 0 | 0.0 | 1173 | 8.0 | 14733 |
| TOTAL | 42104 | 40.1 | 39041 | 37.2 | 1759 | 1.7 | 2148 | 2.0 | 2511 | 2.4 | 12022 | 11.5 | 2 | 0.0 | 5315 | 5.1 | 104902 |
| **Adjusted cases - Cas redressés** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1992 | 6883 | 35.7 | 7658 | 39.7 | 247 | 1.3 | 253 | 1.3 | 336 | 1.7 | 2581 | 13.4 | 1 | 0.0 | 1343 | 7.0 | 19302 |
| 1993 | 7046 | 32.7 | 8615 | 40.0 | 229 | 1.1 | 247 | 1.1 | 353 | 1.6 | 3231 | 15.0 | 0 | 0.0 | 1814 | 8.4 | 21535 |
| TOTAL | 44648 | 39.6 | 42103 | 37.4 | 1836 | 1.6 | 2230 | 2.0 | 2644 | 2.3 | 13119 | 11.6 | 2 | 0.0 | 6028 | 5.4 | 112610 |

** European Non-Aggregate AIDS Data Set (see text) - Base de données européenne des cas de SIDA (voir texte)

* Cases aged 13 years or over (82 cases could not be classified as either adult/adolescent or paediatric) - Cas âgés de 13 ans ou plus (82 cas n'ont pu être classés ni comme adultes/adolescents ni comme enfants)

° Includes recipients of blood components or tissue - Comprend des malades ayant reçu des greffes ou des dérivés sanguins

De impakt van IDG op het aantal AIDS-gevallen uit zich eveneens in een stijging van het aantal gevallen van pediatrische AIDS (bij kinderen onder 13 jaar). Moeder-op-kind transmissie maakt 39 % van het totaal pediatrische gevallen uit (1752/4495). In 727 van de 1752 gevallen is de moeder IDG. ([60])

Tabel 2 ([61]) geeft een overzicht per land van het aantal AIDS-gevallen per transmissiekategorie.

Het aantal gemelde gevallen variëert van 0 (o.a. Albanië) tot 20000 en meer in Frankrijk, Spanje en Italië, die samen meer dan 65 % van alle Europese AIDS-gevallen leveren. Deze landen hebben met Zwitserland ook de hoogste prevalentie van AIDS-gevallen per miljoen inwoners : 579.4 (Spanje), 508.7 (Zwitserland), 481.2 (Frankrijk) en 351.8 (Italië).

In de landen waar de subepidemie bij IDG het verst gevorderd is, maken IDG de meerderheid van de AIDS-gevallen uit : 66,1 % in Italië (13171/19938), 65,8 % in Spanje (14479/22053) ; in Frankrijk bedraagt dit 23,5 % (6568/28007), in Zwitserland 38,7 % (1360/3512), in Oostenrijk 28,1 % (302/1075).

Er is dus een duidelijk verschil tussen Noord- en Zuid-Europa. In Italië, Spanje, Zwitserland, Frankrijk en Oostenrijk zijn veruit de meeste geïnfekteerden IDG, terwijl in Nederland, Groot-Brittanië, Denemarken, Zweden, Duitsland en Noorwegen homo- of biseksueel verkeer de besmettingsroute karakteriseert.
Ook in Oost-Europa doen zich dergelijke verschillen voor tussen de landen. In Polen en in ex-Joegoslavië zijn vele dragers van het HIV IDG, terwijl in Tsjechië, Slovakije en Hongarije vooral homo- en biseksuelen besmet zijn met HIV.

---

([60]) zie : AIDS surveillance in Europe. Quarterly Report N° 40. 31st December 1993, Table 7

([61]) overgenomen uit : AIDS surveillance in Europe. Quarterly Report N° 40. 31st December 1993, Table 8

Tabel 2.

**Table 8.** Cumulative adult/adolescent AIDS cases* by country and transmission group reported by 31 December 1993 - WHO European region

**Tableau 8.** Cas de SIDA adultes/adolescents* cumulés par pays et par groupe de transmission déclarés au 31 décembre 1993 - Région Europe de l'OMS

| Country | Pays | Homo/bisexual male / Homo/bisexuel masculin | | Injecting drug user (IDU) / Toxicomane | | Homo/bisexual IDU / Homo/bisexuel toxicomane | | Haemophiliac/ Coagulation disorder / Hémophile/ Trouble de la coagulation | | Transfusion recipient** / Transfusé** | | Heterosexual contact / Conctact hétérosexuel | | Nosocomial infection / Infection nosocomiale | | Other / Undetermined / Autre / Indéterminé | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Albania | Albanie | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |
| Austria | Autriche | 437 | 40.7 | 302 | 28.1 | 6 | 0.6 | 55 | 5.1 | 23 | 2.1 | 135 | 12.6 | 0 | 0.0 | 117 | 10.9 | 1075 |
| Azerbaijan | Azerbaïdjan | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |
| Belarus | Belarus | 1 | 14.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 57.1 | 0 | 0.0 | 2 | 28.6 | 7 |
| Belgium | Belgique | 619 | 42.2 | 95 | 6.5 | 13 | 0.9 | 5 | 0.3 | 84 | 5.7 | 632 | 43.1 | 0 | 0.0 | 18 | 1.2 | 1466 |
| Bulgaria | Bulgarie | 3 | 12.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.2 | 1 | 4.2 | 18 | 75.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.2 | 24 |
| Croatia | Croatie | 26 | 43.3 | 8 | 13.3 | 0 | 0.0 | 6 | 10.0 | 0 | 0.0 | 17 | 28.3 | 0 | 0.0 | 3 | 5.0 | 60 |
| Czech Rep. | Tchèque, Rép. | 34 | 72.3 | 1 | 2.1 | 0 | 0.0 | 1 | 2.1 | 3 | 6.4 | 3 | 6.4 | 0 | 0.0 | 5 | 10.6 | 47 |
| Denmark | Danemark | 987 | 73.3 | 83 | 6.2 | 13 | 1.0 | 33 | 2.5 | 21 | 1.6 | 170 | 12.6 | 0 | 0.0 | 39 | 2.9 | 1346 |
| Estonia | Estonie | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 |
| Finland | Finlande | 107 | 71.8 | 6 | 4.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.7 | 7 | 4.7 | 22 | 14.8 | 0 | 0.0 | 6 | 4.0 | 149 |
| France | France | 13788 | 49.2 | 6568 | 23.5 | 435 | 1.6 | 346 | 1.2 | 1327 | 4.7 | 4194 | 15.0 | 0 | 0.0 | 1349 | 4.8 | 28007 |
| Germany, F.R. | Allemagne, R.F. | 7450 | 69.2 | 1416 | 13.2 | 90 | 0.8 | 395 | 3.7 | 206 | 1.9 | 622 | 5.8 | 0 | 0.0 | 582 | 5.4 | 10761 |
| Greece | Grèce | 451 | 52.3 | 38 | 4.4 | 5 | 0.6 | 55 | 6.4 | 44 | 5.1 | 161 | 18.7 | 0 | 0.0 | 108 | 12.5 | 862 |
| Hungary | Hongrie | 102 | 73.4 | 1 | 0.7 | 0 | 0.0 | 12 | 8.6 | 6 | 4.3 | 11 | 7.9 | 1 | 0.7 | 6 | 4.3 | 139 |
| Iceland | Islande | 26 | 83.9 | 2 | 6.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 6.5 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 31 |
| Ireland | Irlande | 122 | 33.2 | 169 | 45.9 | 7 | 1.9 | 21 | 5.7 | 0 | 0.0 | 41 | 11.1 | 0 | 0.0 | 8 | 2.2 | 368 |
| Israel | Israël | 115 | 43.6 | 41 | 15.5 | 13 | 4.9 | 26 | 9.8 | 12 | 4.5 | 48 | 18.2 | 0 | 0.0 | 9 | 3.4 | 264 |
| Italy | Italie | 2856 | 14.3 | 13171 | 66.1 | 460 | 2.3 | 201 | 1.0 | 251 | 1.3 | 1898 | 9.5 | 0 | 0.0 | 1101 | 5.5 | 19938 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kazakhstan | Kazakhstan | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |
| Latvia | Lettonie | 3 | 75.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 25.0 | 4 |
| Lithuania | Lituanie | 3 | 60.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 40.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 5 |
| Luxemburg | Luxembourg | 41 | 53.2 | 14 | 18.2 | 0 | 0.0 | 3 | 3.9 | 2 | 2.6 | 10 | 13.0 | 0 | 0.0 | 7 | 9.1 | 77 |
| Malta | Malte | 15 | 51.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 9 | 31.0 | 0 | 0.0 | 3 | 10.3 | 0 | 0.0 | 2 | 6.9 | 29 |
| Moldova, Rep. | Moldova, Rép. | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 |
| Monaco | Monaco | 14 | 58.3 | 6 | 25.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.2 | 1 | 4.2 | 0 | 0.0 | 2 | 8.3 | 24 |
| Netherlands | Pays-Bas | 2216 | 76.8 | 272 | 9.4 | 28 | 1.0 | 47 | 1.6 | 31 | 1.1 | 252 | 8.7 | 0 | 0.0 | 40 | 1.4 | 2886 |
| Norway | Norvège | 224 | 61.9 | 49 | 13.5 | 6 | 1.7 | 5 | 1.4 | 15 | 4.1 | 54 | 14.9 | 0 | 0.0 | 9 | 2.5 | 362 |
| Poland | Pologne | 72 | 43.6 | 72 | 43.6 | 0 | 0.0 | 1 | 0.6 | 0 | 0.0 | 17 | 10.3 | 0 | 0.0 | 3 | 1.8 | 165 |
| Portugal | Portugal | 605 | 37.6 | 364 | 22.6 | 0 | 0.0 | 37 | 2.3 | 58 | 3.6 | 455 | 28.3 | 0 | 0.0 | 90 | 5.6 | 1609 |
| Romania | Roumanie | 14 | 8.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 1.7 | 21 | 12.0 | 82 | 46.9 | 0 | 0.0 | 55 | 31.4 | 175 |
| Russian Fed. | Russie, Féd. | 22 | 52.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 4.8 | 7 | 16.7 | 0 | 0.0 | 11 | 26.2 | 42 |
| San Marino | Saint Marin | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 |
| Slovak Rep. | Slovaque, Rép. | 5 | 71.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 28.6 | 7 |
| Slovenia | Slovénie | 17 | 56.7 | 2 | 6.7 | 0 | 0.0 | 3 | 10.0 | 0 | 0.0 | 6 | 20.0 | 0 | 0.0 | 2 | 6.7 | 30 |
| Spain | Espagne | 3423 | 15.5 | 14479 | 65.7 | 494 | 2.2 | 439 | 2.0 | 210 | 1.0 | 1571 | 7.1 | 0 | 0.0 | 1437 | 6.5 | 22053 |
| Sweden | Suède | 615 | 65.4 | 89 | 9.5 | 8 | 0.9 | 32 | 3.4 | 38 | 4.0 | 88 | 9.4 | 0 | 0.0 | 71 | 7.5 | 941 |
| Switzerland | Suisse | 1439 | 41.0 | 1360 | 38.7 | 51 | 1.5 | 22 | 0.6 | 43 | 1.2 | 530 | 15.1 | 0 | 0.0 | 67 | 1.9 | 3512 |
| Tajikistan | Tadjikistan | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |
| Turkey | Turquie | 22 | 18.3 | 15 | 12.5 | 3 | 2.5 | 3 | 2.5 | 12 | 10.0 | 36 | 30.0 | 1 | 0.8 | 28 | 23.3 | 120 |
| Ukraine | Ukraine | 3 | 17.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 11.8 | 10 | 58.8 | 0 | 0.0 | 2 | 11.8 | 17 |
| United Kingdom | Royaume-Uni | 6318 | 75.2 | 438 | 5.2 | 134 | 1.6 | 377 | 4.5 | 81 | 1.0 | 936 | 11.1 | 0 | 0.0 | 116 | 1.4 | 8400 |
| Uzbekistan | Ouzbékistan | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 |
| • Yugoslavia, F.R. | Yougoslavie, R.F. | 30 | 11.5 | 149 | 57.1 | 0 | 0.0 | 30 | 11.5 | 8 | 3.1 | 20 | 7.7 | 0 | 0.0 | 24 | 9.2 | 261 |
| TOTAL | | 42226 | 40.1 | 39211 | 37.2 | 1766 | 1.7 | 2169 | 2.1 | 2511 | 2.4 | 12063 | 11.5 | 2 | 0.0 | 5323 | 5.1 | 105271 |

* Cases aged 13 years or over (82 cases could not be classified as either adult/adolescent or paediatric)
Cas âgés de 13 ans ou plus (82 cas n'ont pu être classés ni comme adultes/adolescents ni comme enfants)

** Includes recipients of blood components or tissue - Comprend des malades ayant reçu des greffes ou des dérivés sanguins

• Serbia and Montenegro - Serbie et Monténégro

Gevallen van HIV bij IDG koncentreren zich in Europa vooral in de grote steden. ([62])

**International Seroprevalence Studies: Seroprevalence Rates by Geographic Area[a]**

| LOW (0–10%) | MODERATE (11–40%) | HIGH (> 40%) |
|---|---|---|
| Antwerp, Belgium (46)[b] | Buenos Aires, Argentina (6) | Paris, France (60) |
| Vancouver, B.C., Canada (47) | Innsbruck, Austria (52) | Milan, Italy (61) |
| Hong Kong (48) | Sydney, Australia (53) | Rome, Italy (62) |
| Glasgow, Scotland (49) | Rio de Janeiro, Brazil (54) | Puerto Rico (26) |
| Moscow, USSR (50) | São Paulo, Brazil (55) | Madrid, Spain (63) |
| Zagreb, Yugoslavia (51) | West Berlin, Germany (56) | Northern Spain (64) |
| | Verona, Italy (57) | New York City, NY (32) |
| | Baltimore, MD (58) | Bangkok, Thailand (4) |
| | Warsaw, Poland (59) | Belgrade, Yugoslavia (65) |

[a]Recent seroprevalence studies among IV drug users were selected from a compilation of 79 studies, available upon request. In selecting studies for inclusion here, the authors chose only one from any one city and tried to avoid special sampling problems, such as using persons attending AIDS clinics

([62]) tabel overgenomen uit : D. Des Jarlais e.a., HIV infection among intravenous drug users, 1992, p. 736

## 2.3. De situatie in België ([63])

### 2.3.1. Gegevens van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie ([64])

#### 2.3.1.a. Algemene gegevens i.v.m. HIV-geïnfekteerden

Vanaf het begin van de registratie, in maart 1983, tot 31 december 1993 werden in België in totaal 8420 HIV-geïnfekteerde personen aangegeven. Voor 974 onder hen zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om eventuele dubbeltelling uit te sluiten, zodat ze niet meegeteld werden in de analyses. In feite zijn er in België dus tussen 7446 en 8420 geïnfekteerde personen aangegeven.

Voor 4193 personen zijn geslacht, nationaliteit en vermoedelijke overdrachtswijze gekend, d.i. 56 %.

Daarvan is 8 % van de HIV-geïnfekteerden IVD, al dan niet in kombinatie met homoseksuele kontakten als risikogedrag (333/4193).
Bij de Belgische mannen heeft 5 % intraveneus drugs gebruikt ; bij de Belgische vrouwen bedraagt dit 13 %.
Bij de niet-Belgen liggen de verhoudingen omgekeerd : 13 % van de mannen en 4 % van de vrouwen is IVD.

3/4 van de HIV-geïnfekteerde IVD zijn mannen (254/333).

---

([63]) Bron : Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (IHE), A.I.D.S. in België. Situatie op 31 december 1993. Trimestrieel rapport n° 34 ; aangevuld met persoonlijk meegedeelde gegevens

([64]) De risiko's zijn hiërarchisch geordend ; gevallen met meerdere risikofaktoren werden alleen genoteerd bij het hoogst gerangschikte risiko. Aangezien IVD en homosexueel anaal kontakt evenwaardig gevaarlijke risikogedragingen zijn, wordt de kombinatie van beide als aparte kategorie onderscheiden.

Van het totaal aantal seropositieve IVD hadden 10 % ook homo/biseksuele kontakten (33/333).

Tabel 3. Verdeling van het kumulatief aantal HIV-geïnfekteerden naar nationaliteit, geslacht en vermoedelijke overdrachtswijze, België, 31/12/1993

| | Belgen | | | niet-Belgen | | | Totaal | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | V | T | M | V | T | M | V | T |
| homoseks. | 907 | - | 907 | 201 | - | 201 | 1108 | - | 1108 |
| biseks. | 167 | - | 167 | 57 | - | 57 | 224 | - | 224 |
| IVD | 68<br>4,3 % | 44<br>12,7 % | 112<br>5,8 % | 153<br>11,8 % | 35<br>3,7 % | 188<br>8,3 % | 221<br>7,6 % | 79<br>6,1 % | 300<br>7,1 % |
| homo/biseks.<br>+ IVD | 17<br>1,1 % | - | 17<br>0,9 % | 16<br>1,2 % | - | 16<br>0,7 % | 33<br>1,1 % | - | 33<br>0,8 % |
| hemofilie | 23 | 0 | 23 | 7 | 0 | 7 | 30 | 0 | 30 |
| transfusie | 48 | 40 | 88 | 35 | 65 | 100 | 83 | 105 | 188 |
| heteroseks. | 338 | 236 | 574 | 775 | 803 | 1578 | 1113 | 1039 | 2152 |
| moeder - kind | 25 | 27 | 52 | 53 | 53 | 106 | 78 | 80 | 158 |
| Totaal | 1593 | 347 | 1940 | 1297 | 956 | 2253 | 2890 | 1303 | 4193 |

2.3.1.b. Leeftijdsverdeling van HIV-geïnfekteerden

Van de seropositieve IVD Belgen is ook de leeftijdsverdeling bekend.

Tabel 4. Aandeel van IVD (inklusief IVD + homo/biseks) in kumulatief aantal HIV-geïnfekteerde Belgen naar leeftijdskategorie en geslacht, België, 31/12/1993

| | M | | V | | T | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | % | | % | | % |
| 15-24 jaar | 32 | 17,2 | 19 | 25,0 | 51 | 19,5 |
| 25-34 jaar | 37 | 6,0 | 23 | 17,7 | 60 | 8,0 |
| 35-49 jaar | 15 | 2,8 | 2 | 3,0 | 17 | 2,8 |
| > 50 jaar | 1 | 0,5 | 0 | 0 | 1 | 0,4 |
| Totaal | 85 | 5,3 | 44 | 12,7 | 129 | |

In de leeftijdskategorie 15-24 jaar is het hoge percentage IVD zeer opvallend.

In elke leeftijdskategorie binnen de IVD zijn de mannen in de meerderheid, behalve in de jongste kategorie 15-19 jaar (niet vermeld in de tabel), waar er evenveel jongens als meisjes zijn (telkens 6).

### 2.3.1.c. Regionale spreiding van de seropositieve IVD ([65]) ([66])

Tabel 5. Kumulatief aantal seropositieve IVD (inklusief IVD +k homo/biseks) die in België wonen, naar regio ([67]) en procentuele verdeling over de regio's, t/m eind 1992

| | TOT | Belgen | | | | niet-Belgen | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | tot | Brs | Vl | Wal | tot | Brs | Vl | Wal |
| IVD | 323 | 106 | 41 | 13 | 36 | 217 | 67 | 18 | 38 |
| % | | | 38,7 | 12,3 | 34,0 | | 30,9 | 8,3 | 17,5 |
| IVD + homo | 36 | 18 | 10 | 3 | 3 | 18 | 6 | 0 | 3 |
| % | | | 55,5 | 16,7 | 16,7 | | 33,3 | 0 | 16,7 |
| tot | 359 | 124 | 51 | 16 | 39 | 235 | 73 | 18 | 41 |
| % | | | 41,1 | 12,9 | 31,4 | | 31,1 | 7,7 | 17,4 |

([65]) De gegevens onder deze en de volgende paragraaf zijn afkomstig uit de databank van het IHE, stand eind 1993. Alleen de cijfers voor de periode tot eind 1992 zijn verwerkt ; de gegevens voor 1993 zijn op dit ogenblik nog veel te onvolledig om bruikbaar te zijn.

([66]) Deze gegevens zijn niet volledig vergelijkbaar met de algemene gegevens in de vorige paragrafen, omdat ze betrekking hebben op een andere deelverzameling van de databank ; o.a. de variabele geslacht is hier niet in rekening gebracht.

([67]) Aangezien niet van iedereen de woonplaats bekend is, komen de totale aantallen niet noodzakelijk overeen met de som van de 3 regio's. Het is evenmin geweten hoelang deze personen al in België wonen.

De meeste geïnfekteerde IVD verblijven in Brussel en Wallonië. In Vlaanderen lijkt het probleem (nog) niet zo groot.
Het is moeilijk in de ontwikkeling van de laatste jaren een trend te herkennen.

Ook volgens deze gegevens maken homosexuele IVD ongeveer 10 % (36/359) uit van het totaal aantal seropositieve IVD.
Hun aandeel is duidelijk groter bij de Belgen (18/124 = 14,5 %) dan bij de niet-Belgen en, bij de Belgen, in Brussel en Vlaanderen (10/51 resp. 3/16 = bijna 20 %).

Tabel 6. Evolutie naar jaar van diagnose t/m 1992 van het aantal seropositieve Belgen die in België wonen, met als risikogedrag IVD ; % aandeel in totaal aantal seropositieve Belgen van dat jaar ; naar regio van woonplaats

| | TOT | | onbekend | | Brussel | | Vlaanderen | | Wallonië | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | % | | % | | % | | % | | % |
| =<1985 | 15 | 6,2 | 0 | 0 | 9 | 9,2 | 1 | 2,7 | 5 | 10,4 |
| 1986 | 13 | 5,6 | 3 | 6,7 | 6 | 5,9 | 0 | 0 | 4 | 9,8 |
| 1987 | 11 | 4,1 | 2 | 3,9 | 2 | 2,0 | 1 | 1,7 | 6 | 10,2 |
| 1988 | 17 | 8,5 | 6 | 9,8 | 4 | 6,5 | 2 | 5,1 | 5 | 13,2 |
| 1989 | 21 | 8,1 | 4 | 12,1 | 7 | 7,2 | 4 | 5,6 | 6 | 10,3 |
| 1990 | 13 | 5,3 | 0 | 0 | 7 | 10,3 | 2 | 2,3 | 4 | 6,3 |
| 1991 | 10 | 4,8 | 0 | 0 | 5 | 9,4 | 2 | 2,7 | 3 | 5,5 |
| 1992 | 6 | 3,2 | 1 | 16,7 | 1 | 1,8 | 1 | 1,4 | 3 | 5,8 |
| kum. tot. | 106 | 5,7 | 16 | 5,1 | 41 | 6,4 | 13 | 2,7 | 36 | 8,7 |

Tabel 7. Evolutie naar jaar van diagnose t/m 1992 van het aantal seropositieve niet-Belgen die in België wonen, met als risikogedrag IVD ; % aandeel in totaal aantal seropositieve niet-Belgen van dat jaar ; naar regio van woonplaats

| | TOT | | onbekend | | Brussel | | Vlaanderen | | Wallonië | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | % | | % | | % | | % | | % |
| =<1985 | 26 | 9,4 | 8 | 3,9 | 13 | 22,8 | 1 | 33,3 | 4 | 36,4 |
| 1986 | 19 | 8,3 | 7 | 5,2 | 10 | 14,5 | 1 | 11,1 | 1 | 5,9 |
| 1987 | 28 | 10,5 | 17 | 10,0 | 8 | 12,7 | 1 | 5,0 | 2 | 14,3 |
| 1988 | 33 | 14,2 | 22 | 15,2 | 8 | 11,9 | 1 | 16,7 | 2 | 14,3 |
| 1989 | 32 | 10,8 | 15 | 12,4 | 10 | 9,9 | 0 | 0 | 7 | 17,5 |
| 1990 | 24 | 7,6 | 12 | 9,7 | 6 | 5,9 | 2 | 5,6 | 4 | 7,4 |
| 1991 | 26 | 8,8 | 7 | 6,6 | 5 | 6,0 | 6 | 11,8 | 8 | 14,5 |
| 1992 | 29 | 7,0 | 6 | 5,9 | 7 | 8,0 | 6 | 6,1 | 10 | 8,0 |
| kum. tot. | 217 | 9,3 | 94 | 8,5 | 67 | 10,7 | 18 | 7,0 | 38 | 11,8 |

Tabel 8. Evolutie naar jaar van diagnose t/m 1992 van het aantal seropositieve Belgen die in België wonen, met als risikogedrag IVD + homoseksuele kontakten ; % aandeel in totaal aantal seropositieve Belgen van dat jaar ; naar regio van woonplaats

| | TOT | | onbekend | | Brussel | | Vlaanderen | | Wallonië | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | % | | % | | % | | % | | % |
| =<1985 | 3 | 1,2 | 0 | 0 | 3 | 3,1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1986 | 1 | 0,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,3 | 0 | 0 |
| 1987 | 5 | 1,8 | 1 | 2,0 | 3 | 3,0 | 0 | 0 | 1 | 1,7 |
| 1988 | 3 | 1,5 | 0 | 0 | 2 | 3,2 | 1 | 2,6 | 0 | 0 |
| 1989 | 3 | 1,2 | 1 | 3,0 | 1 | 1,0 | 0 | 0 | 1 | 1,7 |
| 1990 | 3 | 1,2 | 0 | 0 | 1 | 1,5 | 1 | 1,2 | 1 | 1,6 |
| 1991 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1992 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| kum. tot. | 18 | 1,0 | 2 | 0,6 | 10 | 1,6 | 3 | 0,6 | 3 | 0,7 |

Tabel 9. Evolutie naar jaar van diagnose t/m 1992 van het aantal seropositieve niet-Belgen die in België wonen, met als risikogedrag IVD + homoseksuele kontakten ; % aandeel in totaal aantal seropositieve niet-Belgen van dat jaar ; naar regio van woonplaats

| | TOT | | onbekend | | Brussel | | Vlaanderen | | Wallonië | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | % | | % | | % | | % | | % |
| =<1985 | 4 | 1,4 | 3 | 1,5 | 1 | 1,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1986 | 4 | 1,7 | 2 | 1,5 | 2 | 2,9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1987 | 2 | 0,7 | 1 | 0,6 | 1 | 1,6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1988 | 1 | 0,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7,1 |
| 1989 | 2 | 0,7 | 1 | 0,8 | 1 | 1,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1990 | 2 | 0,6 | 1 | 0,8 | 1 | 1,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1991 | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,8 |
| 1992 | 2 | 0,5 | 1 | 1,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,8 |
| kum. tot. | 18 | 0,8 | 9 | 0,8 | 6 | 0,9 | 0 | 0 | 3 | 0,9 |

## 2.3.1.d. Seropositieve IVD naar geslacht en regio

Tabel 10. Kumulatief aantal seropositieve IVD (exklusief IVD + homo/biseks) die in België wonen, naar regio en geslacht, t/m eind 1992

| | TOT | Belgen | | | | niet-Belgen | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | tot | Brs | Vl | Wal | tot | Brs | Vl | Wal |
| vrouwen | 89 | 44 | 17 | 3 | 16 | 45 | 12 | 5 | 4 |
| % | | | 38,6 | 6,8 | 36,4 | | 26,7 | 11,1 | 8,9 |
| mannen | 256 | 70 | 27 | 10 | 25 | 186 | 63 | 14 | 35 |
| % | | | 38,6 | 14,3 | 35,7 | | 33,9 | 7,5 | 18,8 |
| totaal | 345 | 114 | 44 | 13 | 41 | 231 | 75 | 19 | 39 |

Tabel 11. Kumulatief aantal seropositieve mannen met als risikogedrag IVD + homo/biseks, die in België wonen, naar regio, t/m eind 1992

| | TOT | Belgen | | | | niet-Belgen | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | tot | Brs | Vl | Wal | tot | Brs | Vl | Wal |
| mannen | 36 | 18 | 10 | 3 | 3 | 18 | 6 | 0 | 3 |
| % | | | 55,5 | 16,7 | 16,7 | | 33,3 | 0 | 16,7 |

Tabel 12. Kumulatief aantal seropositieve IVD (inklusief IVD + homo/biseks) die in België wonen, naar regio en geslacht, t/m eind 1992

| | TOT | Belgen | | | | niet-Belgen | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | tot | Brs | Vl | Wal | tot | Brs | Vl | Wal |
| vrouwen | 89 | 44 | 17 | 3 | 16 | 45 | 12 | 5 | 4 |
| % | | | 38,6 | 6,8 | 36,4 | | 26,7 | 11,1 | 8,9 |
| mannen | 292 | 88 | 37 | 13 | 28 | 204 | 69 | 14 | 38 |
| % | | | 42,0 | 14,8 | 31,8 | | 33,8 | 6,9 | 18,6 |
| totaal | 381 | 132 | 54 | 16 | 44 | 249 | 81 | 19 | 42 |

De algemene trend van de regionale spreiding is herkenbaar bij mannen en vrouwen.

Bij de Belgen is de regionale verdeling gelijklopend bij mannen en vrouwen : ongeveer 40 % woont in Brussel, 1/3 in Wallonië en een minderheid in Vlaanderen.

Bij de niet-Belgen is het patroon wat onduidelijker. De gegevens moeten hier ook veel omzichtiger geïnterpreteerd worden, omdat van bijna de helft de woonplaats onbekend is. Toch blijkt ook hier dat Brussel zowel bij mannen als vrouwen het grootste aandeel seropositieve IVD telt.

2.3.1.e. AIDS-patiënten

Vanaf het begin van de epidemie in België tot 31 december 1993 werden 1555 AIDS-patiënten geregistreerd.

Voor 844 personen zijn geslacht, nationaliteit en vermoedelijke overdrachtswijze gekend, d.i. 54 %.

Tabel 13. Verdeling van Belgische AIDS-patiënten naar geslacht en vermoedelijke overdrachtswijze

| | M | V | T |
|---|---|---|---|
| homoseks./biseks. | 499 | - | 499 |
| IVD | 19 | 16 | 35 |
| homoseks. + IVD | 8 | - | 8 |
| hemofilie | 8 | 0 | 8 |
| transfusie | 25 | 24 | 49 |
| heteroseks. | 153 | 69 | 222 |
| moeder - kind | 6 | 11 | 17 |
| onbekend | 5 | 1 | 6 |
| Totaal | 723 | 121 | 844 |

Van de 345 geregistreerde seropositieve IVD hebben er ondertussen 95 (27,5 %) AIDS ontwikkeld en zijn er 36 (37,9 %) overleden.

### 2.3.2. HIV-seroprevalentiestudies en gedragsonderzoek bij IDG

Er zijn slechts weinig Belgische studies die gepoogd hebben om een zicht te krijgen op de HIV-seroprevalentie bij IDG.

#### 2.3.2.a. Franse Gemeenschap

Voor de Franse Gemeenschap publiceerde het CCAD ([68]) een (tot nu toe niet herhaald) overzicht van de HIV-seroprevalentie in 24 ontwenningsinstellingen in de loop van 1986.
Op een totaal van 2727 patiënten waren er 1043 gebruikers van illegale drugs. 581 van hen injekteerden ook drugs. In deze laatste groep werden 49 HIV-seropositieven aangetroffen, d.i. 8,43 %. ([69])

#### 2.3.2.b. Brussel

Een vergelijkbare studie maakte een overzicht van het aantal seropositieve IDG die in 1985 en 1986 kontakt opnamen met 6 Brusselse ontwenningsinstellingen en 4 artsen die zich toeleggen op de behandeling van drugverslaving.
Op een totaal van 302 patiënten werden 33 seropositieven gevonden, d.i. 10,43 %. ([70])

---

([68]) Comité de Concertation sur l'Alcool et les autre Drogues, de Franstalige tegenhanger van de VAD

([69]) Sondage toxicomanie et SIDA, 1987

([70]) M. Roelandt - S. Zombek, SIDA, séropositivité et toxicomanes à Bruxelles, 1987

### 2.3.2.c. Vlaanderen

In Vlaanderen werden door Free Clinic in 1989 ([71]), 1991 en 1993 ([72]) cross-sectional surveys uitgevoerd bij ca. 200 IDG. In 1989 waren IDG uit heel Vlaanderen betrokken, in de andere jaren waren allen afkomstig uit de Antwerpse drugscene. Er werden HIV-seroprevalenties gevonden van resp. 4 - 4,6 - 4,5 %.
Bij elk van de studies werden de gegevens op een vergelijkbare manier verzameld. Elke steekproef bevatte telkens 50 % respondenten die recent kontakt genomen hadden met de drughulpverlening, en 50 % IDG die minimum 3 maanden geen kontakt met de hulpverlening hadden gehad.

### 2.3.2.d. Gevangenissen ([73])

Van mei 1985 tot december 1987 werden de binnenkomende IDG gevangenen in Brusselse gevangenissen getest op HIV. In totaal werden 2240 gedetineerde IDG getest. Per trimester werden prevalenties gevonden van resp. 7,1 - 7,1 - 7,7 - 3,2 - 5,0 %. ([74]) De HIV-seroprevalentie binnen de totale gevangenispopulatie wordt reeds enkele jaren op ca. 1 % geschat en schijnt weinig te evolueren.

In een studie uit 1993 van de HIV-seroprevalentie bij binnenkomende gedetineerden in de Antwerpse gevangenis werd een HIV-seroprevalentie van 1,2 % gevonden (12/996). 10 van de 12 seropositieven waren IDG.

---

([71]) S. Todts e.a., HIV-seroprevalence and risk behaviour in IV drug users in a low prevalence city in Belgium, 1990

([72]) G. Papaevangelou e.a., Concerted action on HIV prevalence and risk factors among IDU in EC and COST countries, 1993

([73]) zie : N. Lauwers - F. Van Mol, Drugverslaafden in de strafinrichtingen, 1994

([74]) A. Donot e.a., Screening for HIV-antibodies in high-risk groups among inmates from Brussels prisons, 1989

# HOOFDSTUK 3.
# DE ZESMAANDELIJKSE ENQUETE
# IN DE HULPVERLENING IN VLAANDEREN

## 3.1. Doelstelling

Doel van de enquête is het nagaan van de HIV-seropositiviteit bij druggebruikers, voor zover dezen in kontakt zijn met 1 of meer kategoriale of niet-kategoriale hulpverleningscentra in Vlaanderen.

Dit gebeurt via een halfjaarlijkse enquête, die het aantal seropositieven vaststelt onder de kliënten die gedurende de voorbije 6 maanden met de instelling ambulant of residentieel in kontakt waren, d.w.z. wiens dossier in die periode geopend of heropend is.

## GEBRUIKTE AFKORTINGEN

- PAAZ = psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis
- PZ = psychiatrisch ziekenhuis
- TG = terapeutische gemeenschap
- CC = krisisopvangcentrum
- ABC = ambulant begeleidingscentrum
- NN = andere instellingen

- IDG : injekterend druggebruik(er)
- IVD : intraveneus injekterend druggebruik(er)
- NIVD : niet intraveneus injekterend gebruik(er) van illegale drugs ; de facto verwijst deze term naar alle niet-injekterende druggebruikers

## 3.2. Vooronderzoek

In maart - april 1988 werd een vooronderzoek uitgevoerd bij 25 instellingen ([75]).

18 instellingen bleken bereid de gevraagde gegevens volledig beschikbaar te stellen : 8 PZ met ontwenningsafdeling, 5 TG, 2 CC, 3 ABC gespecialiseerd rond verslaving. Deze 18 instellingen bieden een vrij goede vertegenwoordiging van het hulpverleningscircuit in Vlaanderen. Geografisch zijn ze evenwel minder representatief, doordat uit de provincie West-Vlaanderen geen gegevens afkomstig zijn.

Er werden gegevens opgevraagd van kliënten met allerlei vormen van verslavingsproblematiek, dus ook voor toxikomanen in het algemeen (w.o. vooral medikatieverslaafden) en alkoholisten.
Bij de vragen over seropositiviteit werd de aard van verslaving en de toedieningswijze van het produkt niet gespecifieerd.

De vragenlijst bevatte geen tabellen, er werden een aantal open en gesloten vragen gesteld. De vragenlijst bestond uit 4 vragen.
- Vraag 1 had betrekking op het al dan niet systematische karakter van HIV-screening d.m.v. bloedonderzoek bij verschillende kliëntengroepen.
- Vraag 2 peilde naar het aantal gescreenden en seropositieven sinds het ogenblik waarop screening bij (alle of sommige) kliënten met alkoholisme of toxikomanie plaatsvond.
- Vraag 3 maakte een uitsplitsing van het aantal seropositieven naar nationaliteit en residentie.

---

([75]) waarvan 1 instelling eigenlijk uit 2 instellingen bestond : ze telde zowel mee voor TG als voor CC, aangezien het 2 vast verbonden afdelingen betreft die slechts als één voorziening de gezamenlijke informatie ter beschikking stelden

- Vraag 4 betrof de eerste vaststelling van seropositiviteit : was de kliënt in het kontakt met de eigen instelling seropositief bevonden of reeds als seropositief bekend voor het kontakt ? De bedoeling van deze vraag was om eventuele dubbeltellingen in te schatten.

De responderende instellingen bleken over het algemeen goed vertrouwd met HIV-screening d.m.v. een bloedonderzoek, sinds minstens een jaar. De screening werd voor de verschillende instellingen op andere tijdstippen in het verleden ingevoerd. De screening is systematisch ingesteld sinds 1987 ; in enkele gevallen was de screening reeds vanaf 1986 ingesteld.

Uit de enquête bleek dat screening vrij routinematig en systematisch plaatsvond bij illegale druggebruikers, vooral bij IVD, en veel minder of niet bij andere toxikomanen en alkoholisten.
De kriteria voor screening waren het ruimst bij de TG (3 van de 5 screenden alle kliënten met een alkohol- of toxikomanie-probleem en 2 alle IVD), minder ruim voor CC (1 screende alle kliënten met een alkohol- of toxikomanie-probleem en 1 alle IVD), nog minder ruim voor PZ (2 van de 8 screenden alle kliënten met een alkohol- of toxikomanie-probleem en 6 alle IVD) en nog minder ruim voor ABC (1 screende alle IVD, 1 screende niet systematisch, 1 alleen mits toestemming van de kliënt).
Naarmate een instelling meer gespecialiseerd was in langdurige behandeling van IVD, werd er konsekwenter gescreend.

Van de routinematig screenende instellingen, waren er

- 10 die alle IVD van illegale drugs screenden
- 6 die alle alkoholisten en toxikomanen (ongeacht wijze van gebruik) systematisch screenden
- 1 die, bij IVD en alle medische indikaties, systematisch een voorstel deed tot screening ; de test werd nietuitgevoerd zonder voorafgaande toestemming van de kliënt

3 instellingen die screenden bij IVD, vermelden bijkomende voorwaarden waaronder ze screening uitvoeren :
- toxikomanen die wellicht seksuele kontakten (zouden kunnen) hebben met het zwaardere drugmilieu ;
- promiscu homo- en/of heteroseksueel gedrag + "verdachte" kontakten
- bij alle illegaal druggebruik, ook als IVD ontkend wordt + homoseksuelen

1 instelling vermeldt uitdrukkelijk dat ze niet systematisch screent ; ze vermeldt slechts 1 geval van screening, waarbij ook seropositiviteit werd vastgesteld.

Omtrent de HIV-seroprevalentie konden uit het vooronderzoek slechts beperkte konklusies afgeleid worden.
Sinds de invoering van de screening waren in de 18 instellingen in totaal meer dan 570 kliënten (onder wie niet alleen druggebruikers) op HIV gescreend. Hiervan werden 9 personen seropositief bevonden, d.i. minder dan 2 %.
Wellicht is het aantal nog enigszins overschat, doordat eenzelfde kliënt door meerdere instellingen als seropositief gerapporteerd kon worden. Zo waren in deze enquête 3 kliënten reeds als seropositief onderkend voor kontakt met de instelling.
Wat de algemene orde van grootte betreft, leek dit resultaat alleszins bruikbaar als oriëntatie voor verder onderzoek.

De vraag naar het aantal nieuwe kontakten sinds de systematisering van de HIV-screening test kan verwarring hebben gesticht. Betreft dit het globale aantal opnamen zonder differentiatie of het aantal opnamen van kliënten die aan de voorwaarden voldoen in funktie waarvan de HIV-test zou moeten worden toegepast ? In dit laatste geval moet men ook het antwoord op de vraag naar kriteria voor systematische screening bij de interpretatie betrekken.

Een tekortkoming is zeker dat van de gemelde seropositieven niet werd gevraagd welke produkten ze gebruikten en eventueel op welke wijze zij die gebruikten. Zo kon een instelling een seropositieve rapporteren die bv. geen IVD was.

Bij de verwerking werden de antwoordgegevens gegroepeerd naar type van instelling.
Binnen elk van deze kategorieën bleek het niet zinvol een totaalskore te berekenen, wellicht met uitzondering van TG. Daarom werd op basis van de cijfermatige gegevens een kwalitatieve appreciatie van patronen verkozen.
De redenen hiervan waren de volgende.
- Sommige kategorieën (ABC en CC) bevatten een te beperkt aantal instellingen.
- Sommige instellingen gaven geen exakte cijfers, zodat er moest worden geëxtrapoleerd of omgerekend. Andere gaven zelfs geen benaderende waarden ; hun bijdrage tot een totaalskore kon dus niet of slechts hoogst problematisch berekend worden.

De resultaten waren interessant als verkenning, maar de enquête kon niet op deze manier worden verdergezet, omdat de gegevens niet (kwantitatief) verwerkbaar waren.

Vanuit deze ervaring werd een schema voor een halfjaarlijks regelmatig onderzoek ontworpen. Dit werd voor het eerst toegepast bij een nieuwe enquête in september 1988, die betrekking had op het eerste semester van 1988.

## 3.3. Konkrete organisatie van de enquêtes

Na het vooronderzoek werd de enquête halfjaarlijks georganiseerd, t/m het eerste semester van 1993. Daarna werd ze opgeschort om een grondige evaluatie te maken, waarvan dit rapport het resultaat is.

Tabel 14. Organisatie van de enquête van 1988 t/m 1993

| enquête | periode | verzending | deadline | herinnering |
|---|---|---|---|---|
| 1988/1 ([76]) | 1/1 - 30/6/1988 | 1/9/1988 | 1/10/1988 | 11/10/1988 |
| 1988/2 | 1/7 - 31/12/1988 | 8/2/1989 | 15/3/1989 | 11/4/1989 |
| 1989/1 | 1/1 - 30/6/1989 | 13/9/1989 | 20/10/1989 | 24/10/1989 |
| 1989/2 | 1/7 - 31/12/1989 | 31/1/1990 | 1/3/1990 | |
| 1990/1 | 1/1 - 30/6/1990 | 27/7/1990 | 15/9/1990 | 15/9/1990 |
| 1990/2 | 1/7 - 31/12/1990 | 6/2/1991 | 15/3/1991 | 25/3/1991 |
| 1991/1 | 1/1 - 30/6/1991 | 28/8/1991 | 1/10/1991 | 10/10/1991 |
| 1991/2 | 1/7 - 31/12/1991 | 2/4/1992 | 10/5/1992 | 2/6/1992 |
| 1992/1 | 1/1 - 30/6/1992 | 3/11/1992 | 15/12/1992 | |
| 1992/2 | 1/7 - 31/12/1992 | | | |
| 1993/1 | 1/1 - 30/6/1993 | | | |

([76]) Deze enquête werd aanvankelijk benoemd als 1988/2, omdat het de tweede enquête van dat jaar was, na het vooronderzoek. In de daaropvolgende jaren werd ze aangeduid als 1988/1, omdat ze betrekking had op het eerste semester van 1988 en werd die van het tweede semester van 1988 logischerwijze 1988/2 genoemd. Bij het raadplegen van oude verslagen is enige verwarring niet uitgesloten.

## 3.4. Onderzoekspopulatie

### 3.4.1. Aangeschreven instellingen

Het aantal aangeschreven instellingen varieerde naargelang van de verschillende enquêtes.

Bij de verwerking werden de instellingen opgedeeld in een aantal kategorieën.
Bij de enquête van 1988/1 duidden de instellingen zelf aan tot welke kategorie ze behoren.
In de loop der jaren vonden er ook verschuivingen plaats van instellingen tussen kategorieën.
bv. 1 instelling ging in 1989 van TG naar CC

Voor de enquêtes van 1988 - 1989 werden de instellingen opgedeeld in 6 kategorieën :
- PAAZ = psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen
- PZ = psychiatrische ziekenhuizen ; al dan niet met gespecialiseerde ontwenningsafdeling
- TG = terapeutische gemeenschappen ; al dan niet exklusief voor druggebruikers
- CC = krisisopvangcentra ; specifiek voor druggebruikers en algemene krisiscentra
- ABC = ambulante begeleidingscentra
- NN = diverse andere instellingen, bv. doorgangshuizen, revalidatiecentra, nazorgdiensten, psychiatrische dagverpleging, ..., die binnen de problematiek een zekere relevantie kunnen hebben

Voor de enquêtes van 1988 werden dezelfde 99 instellingen aangeschreven ; de tweede enquête werd gericht aan de kontaktpersonen die de eerste enquête beantwoord hadden.

Aangezien eind 1988 1 van de instellingen werd gesloten, werden in 1989 maar 98 instellingen aangeschreven.

Vanaf 1990 daalde het aantal aangeschreven instellingen van 98 tot 87, omdat enkele aanpassingen werden doorgevoerd aan de lijst van instellingen.

- Enkele instellingen die geen relevante gegevens konden verschaffen, meestal omdat ze gewoonweg geen druggebruikers opnamen, werden niet meer aangeschreven.

Vrijwel allemaal behoorden ze tot de kategorie NN. Hierdoor vielen er 8 instellingen van de kategorie NN weg en werden de 6 kategorieën herleid tot 5.

Om dezelfde reden werden enkele CC, die geen druggebruikers opnamen, weggelaten.

- Enkele ambulante instellingen die lid van VAD zijn en om onduidelijke redenen niet aangeschreven werden, zijn voortaan wel in de lijst opgenomen.
- Alle andere instellingen die minstens eenmaal geantwoord hadden, werden voortaan aangeschreven t.a.v. de specifieke gemelde kontaktpersoon.

In 1990/2 werd 1 TG niet aangeschreven, wat het totaal op 86 bracht.

Vanaf 1991 werden eveneens 86 instellingen aangeschreven, omdat enerzijds deze TG terug wel werd aangeschreven en anderzijds 1 CC, wegens reorganisatie, zijn medewerking opzegde.

Tabel 15. Aantal aangeschreven instellingen naar kategorie

| | voor | 88/1 | 88/2 | 89/1 | 89/2 | 90/1 | 90/2 | 91/1 | 91/2 | 92/1 | 92/2 | 93/1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PZ | | 40 | 42 | 42 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 |
| PAAZ | | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| TG | | 10 | 10 | 9 | 8 | 9 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| CC | | 8 | 9 | 9 | 10 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ABC | | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| NN | | 10 | 7 | 7 | 8 | | | | | | | |
| TOT | 25 | 99 | 99 | 98 | 98 | 87 | 86 | 86 | 86 | 86 | 86 | 86 |

De specialisatiegraad van instellingen werd nergens in overweging genomen. Immers, anders zouden de instellingen bijna op zicht kunnen geïdentificeerd worden.

### 3.4.2. Kliënten

In de enquête van 1988/1 werden 5 kategorieën van kliënten onderscheiden :

- IVD : intraveneus injekterende druggebruikers
- NIVD : niet intraveneus injekterende illegale druggebruikers
- TOX : andere vormen van toxikomanie, m.n. medikatiemisbruikers
- ALC : alkoholisten
- AND : andere kliënten, zonder verslavingsproblematiek

Omdat de aantallen seropositieven binnen al deze onderscheiden kategorieën moesten samengeteld worden en om dubbeltellingen te vermijden, kon elke kliënt in slechts 1 kategorie ondergebracht worden en wel in de hoogste volgens bovenstaande opsomming, daar deze voor dit specifiek onderzoek het meest relevant was en het grootste risiko op HIV-transmissie impliceert.
Bijgevolg kon de HIV-seroprevalentie bij bv. alkoholisten niet berekend worden. Dit was wel mogelijk bij exklusief-alkoholisten, maar niet bij alkoholisten die tevens een andere verslavingsproblematiek hadden en daarom alleen in deze laatste kategorie verrekend werden.

Voor de enquêtes van 1988/2 en 1989 werden deze kategorieën herleid tot "intraveneuze gebruikers van illegale drugs", "andere gebruikers van illegale drugs" en "andere kliënten".
Later werden deze kategorieën anders benoemd.
In 1990/1 was sprake van "intraveneuze druggebruikers", "andere druggebruikers" en "andere kliënten".
Vanaf 1990/2 heette het : "intraveneuze druggebruikers" en "niet-intraveneuze druggebruikers" en "andere kliënten".

Dat deze terminologie niet helemaal korrekt is, werd eerder uitgelegd.

De kategorie "andere kliënten" is in elke enquête weerhouden als vergelijkingsgroep. Ze is interessant om het totale aantal kontakten van de instelling te kunnen bepalen en daardoor ook het aandeel van seropositieven, van druggebruikers, van verslavingskliënten, enz. binnen dit totaal. Zo kan ook de HIV-screeningspraktijk van de instelling t.a.v. verschillende kliëntgroepen bepaald worden.

Bij deze klassifikatie stelt zich een specifiek probleem voor psychiatrische instellingen : onze kategorieën vallen nl. niet samen met de voor hen meer gebruikelijke diagnostische systemen, zoals DSM-III ([77]).
Enerzijds staat de DSM-III meerdere, niet-exklusieve diagnoses toe.
Anderzijds is de DSM-III bij middelenmisbruik en -afhankelijkheid niet zo gedifferentieerd als het hier gehanteerde systeem. M.n. het onderscheid tussen legale en illegale drugs en tussen intraveneus en niet-intraveneus gebruik van illegale drugs wordt er niet gemaakt.
Dit onderscheid is te verklaren door het specifieke doel van waaruit beide klassifikaties zijn opgezet. Het betekent wel dat instellingen die hun kliënten klassificeren volgens DSM-III, hun gegevens moeten transformeren, wat niet altijd mogelijk is. Dit geldt voor nagenoeg alle PZ en PAAZ. Regelmatig werd dit door instellingen als een bezwaar gerapporteerd ; meermaals was dit een reden om de enquête niet in te vullen.

De kern van dit probleem is dus dat instellingen achteraf moeten herkoderen.

---

([77]) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 3rd edition

## DE VRAGENLIJST VANAF 1988/2

**1e vraag : aantal IVD en NIVD en andere kliënten tijdens voorbije halfjaar**

Het aantal kontakten binnen de betreffende periode had betrekking op :
- residentiële opname of ambulante begeleiding
- elk dossier dat nieuw geopend of na een periode van sluiting heropend werd in de betreffende periode

Waarom ook heropende dossiers ?
- De serostatus van de kliënt kan gewijzigd zijn wanneer er een min of meer langdurige onderbreking van een kontakt geweest is.
- Voor sommige instellingen is het niet gemakkeljk of praktisch om nieuw geopende van heropende dossiers te scheiden ; zij kennen een nummer toe per opname of per reeks ambulante kontakten in plaats van per kliënt ; in deze gevallen is het veeleisend van hen te vragen dit onderscheid in te voeren.
- Een nieuw geopend dossier binnen een instelling kan slaan op een kliënt die reeds een dossier heeft bij een andere instelling en is er dus over de instellingen heen gezamenlijk bekeken toch een zekere overlapping mogelijk. Niet alle nieuwe kontakten binnen de afzonderlijke instellingen zijn dan nog werkelijk nieuwe, onafhankelijke kontakten, wanneer we instellingen samenvoegen bij de verwerking. Het heeft dan ook weinig zin om op het niveau van de afzonderlijke instelling puur nieuwe kontakten in de enquête te willen opnemen.
- De mogelijkheid bestaat in principe dat residentiële instellingen met een beperkt aantal opnames in een tijdsperiode van een half jaar helemaal geen volkomen nieuwe kontakten hebben.

Misverstanden en dubbeltellingen blijven mogelijk, omdat niet gevraagd wordt of heropeningen betrekking hebben op dossiers die al wel of niet open geweest zijn bij eerder bevraagde periodes.

**2e vraag : aantal van de IVD en NIVD en andere kliënten dat werd gescreend op HIV**

In de enquête van 1988/1 werd deze vraag opgesplitst naargelang de screening vanuit de instelling zelf of vanuit een andere instelling plaatsvond. Dit was nodig om het al dan niet systematische karakter van de screening ondubbelzinnig te beoordelen.

De expliciete vraag die hierover in het vooronderzoek werd gesteld, was volledig vervallen, om volgende redenen.
- De reeks van vragen hierover in het vooronderzoek werd inkonsistent beantwoord. Sommige vragen moesten slechts beantwoord worden, afhankelijk van het antwoord (ja/neen) op de voorafgaande vraag ; er waren daarbij heel wat vergissingen voorgekomen.
- Er zat een impliciete normatieve suggestie in dat men systematisch moest screenen, wat kon leiden tot sociaal wenselijke antwoorden.
- Een instelling kon gemakkelijk beweren dat er systematisch gescreend werd. In de volgende vraag werd dat ook nog cijfermatig gekontroleerd en dat bleek vaak niet overeen te stemmen met de beweerde systematiek.
- Deze vraag was dubbelzinnig voor kliënten die bij opname reeds als seropositief bekend waren en dus niet meer gescreend hoefden te worden. Daarom werd in de nieuwe versie de initiatiefnemende instantie uitdrukkelijk mee opgenomen bij de vraag naar het aantal geteste kliënten.
- Voor de instellingen die ook de eerste maal bevraagd werden, is duidelijk geweten in welke mate en in welke zin ze systematisch screenen. Dit is een routinematige procedure, die niet zo snel zal veranderen.
- Voor de andere instellingen werd ervan uitgegaan dat ze weinig of niet systematisch screenden met als kriterium illegaal druggebruik, omdat ze minder direkt of minder exklusief op deze problematiek georiënteerd waren.

Om deze redenen werd voortaan alleen recente informatie gevraagd, die sinds de laatste bevragingsronde nieuw bijgekomen was, d.w.z. gegevens over het voorbije halfjaar. Op die manier kunnen we zelf de prevalentie berekenen.

**4e vraag : gegevens over individuele seropositieve druggebruikers**

Op een afzonderlijke fiche werden verdere gegevens opgevraagd over individuele seropositieve druggebruikers : geslacht, residentie (feitelijk verblijf), nationaliteit (afkomst), intraveneus of niet-intraveneus druggebruik, andere risikofaktoren en eventuele besmettingsoorzaak.
Aangezien deze fiche anoniem is, is identifikatie van individuen op basis van deze gegevens uiteraard onmogelijk.

## 3.6. Verwerking en rapportering

- De respons was redelijk : in de eerste jaren tussen 50 en 60 % en de laatste jaren een flink stuk boven de 60 %.
Het laagst lag de respons bij de PZ, nl. net onder het gemiddelde, tussen 50 en 60 %. Bij de PAAZ was de respons iets hoger, nl. gemiddeld rond 60 %, de laatste jaren rond 70 %.
Het hoogst lag de respons bij de CC ; vanaf 1990/2 bedroeg die zelfs 100 %. Bij de TG en ABC was de respons eveneens hoog - bijna altijd boven 60 % - maar zeer wisselvallig ; non-respons van 1 instelling leidde in deze kleine kategorieën immers onmiddellijk tot grote procentuele verschillen.

- De gegevens werden zodanig verwerkt dat er geen individuele herkenbaarheid mogelijk is van zowel kliënten als instellingen.
Wat de kliënten betreft is de enquête anoniem ; dit heeft als nadeel dat er ook geen kontrole op dubbeltellingen mogelijk is van kliënten die zich in dezelfde periode bij verschillende instellingen aanmeldden.
De instellingen zijn niet identificeerbaar in de rapportering, aangezien de gegevens per kategorie verwerkt zijn.

- De presentatie is beperkt tot IVD en NIVD. In de overige kategoriën bleek zowel screening als melding van seropositiviteit eerder okkasioneel.

- Het gebeurde enkele keren dat instellingen de opdeling in IVD en NIVD niet konden (of wilden) maken. In deze gevallen werden alle gemelde druggebruikers als NIVD gerekend ; dit is vermoedelijk een ernstige overschatting van de NIVD en onderschatting van de IVD.
In de tabellen werd dit als volgt aangeduid :
bv. kolom IVD : 25+ : minstens, waarschijnlijk meer dan 25
kolom NIVD : 85- : hoogstens, waarschijnlijk minder dan 85

Tabel 17. Resultaten van de enquête, 1988/2

| | IVD | | | | | NIVD | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TOT | SCR | % | SERO+ | % | TOT | SCR | % | SERO+ | % |
| PZ | 25 | 14 | 56 | 0 | 0 | 24 | 15 | 62 | 0 | 0 |
| PAAZ | 13 | 11 | 85 | 0 | 0 | 8 | 7 | 87 | 0 | 0 |
| TG | 54 | 45 | 83 | 0 | 0 | 24 | 18 | 75 | 0 | 0 |
| CC | 68 | 53 | 78 | 0 | 0 | 65 | 20 | 31 | 0 | 0 |
| ABC | 30+ | 17 | 57 | 3 | 18 | 60- | 1 | 2 | 0 | 0 |
| NN | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| onbekend | | | | 2 | | | | | | |
| TOT | 192+ | 140 | 73 | 5 | 2 | 209- | 61 | 29 | 0 | 0 |

ABC

1 buitenlandse niet-residentiële vrouwelijke IVD

1 buitenlandse mannelijke IVD ; homoseksueel met seksueel risikogedrag

1 Belgische mannelijke IVD ; homoseksueel met seksueel risikogedrag

Een niet nader te identificeren instelling (ook niet naar kategorie) meldde 2 seropositieven :

1 Belgische mannelijke IVD ; besmet injektiemateriaal & besmette partner

1 buitenlandse vrouwelijke IVD ; besmet injektiemateriaal & besmette partner

Tabel 24. Resultaten van de enquête, 1992/1

| | IVD | | | | | NIVD | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TOT | SCR | % | SERO+ | % | TOT | SCR | % | SERO+ | % |
| PZ | 27+ | 23+ | 85 | 1 | 4 | 180- | 112- | 62 | 0 | 0 |
| PAAZ | 40 | 32 | 80 | 0 | 0 | 136 | 57 | 42 | 0 | 0 |
| TG | 75 | 75 | 100 | 0 | 0 | 49 | 41 | 84 | 0 | 0 |
| CC | 161 | 83 | 51 | 2 | 2 | 116 | 41 | 35 | 0 | 0 |
| ABC | 98 | 40 | 41 | 4 | 10 | 202 | 15 | 7 | 0 | 0 |
| TOT | 401+ | 253+ | 59 | 7 | 3 | 683- | 266 | 39 | 0 | 0 |

PZ
1 buitenlandse mannelijke IVD ; homofiel gedrag

CC
1 Belgische mannelijke IVD ; wisselende seksuele kontakten met andere IVD en amateuristische prostitués
1 Belgische vrouwelijke IVD ; heteroseksueel kontakt met IVD

ABC
1 Belgische mannelijke IVD
1 buitenlandse vrouwelijke IVD
1 Belgische mannelijke IVD ; onveilige seks binnen huwelijk met seropositieve vrouwelijke partner
1 buitenlandse mannelijke IVD ; homoseksueel

Tabel 25. Resultaten van de enquête, 1992/2

| | IVD | | | | | NIVD | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TOT | SCR | % | SERO+ | % | TOT | SCR | % | SERO+ | % |
| PZ | 45+ | 36+ | 80 | 1 | 3 | 188- | 84- | 45 | 0 | 0 |
| PAAZ | 75 | 65 | 87 | 1 | 1 | 99 | 44 | 44 | 0 | 0 |
| TG | 51 | 48 | 94 | 0 | 0 | 38 | 24 | 63 | 0 | 0 |
| CC | 156 | 76 | 49 | 4 | 5 | 114 | 37 | 32 | 0 | 0 |
| ABC ([82]) | 122 | 45 | 37 | 3 | 7 | 321 | 17 | 5 | 0 | 0 |
| TOT | 449+ | 270+ | 60 | 9 | 3 | 760- | 206- | 27 | 0 | 0 |

PZ

1 buitenlandse mannelijke IVD ; homofiel gedrag

PAAZ

1 Belgische mannelijke IVD

CC

1 buitenlandse mannelijke IVD ; wisselende seksuele kontakten
1 Belgische vrouwelijke IVD ; vriend seropositief
2 IVD

ABC

2 buitenlandse mannelijke IVD
1 buitenlandse niet-residentiële vrouwelijke IVD ; onveilige seks binnen huwelijk met seropositieve mannelijke partner

---

([82]) De gegevens van deze instellingen zijn vrij onsamenhangend en onvolledig. Slechts 1 instelling heeft de vragenlijst min of meer volledig ingevuld.

Tabel 26. Resultaten van de enquête, 1993/1

| | IVD | | | | | NIVD | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TOT | SCR | % | SERO+ | % | TOT | SCR | % | SERO+ | % |
| PZ | 41 | 33 | 80 | 1 | 3 | 158 | 93 | 59 | 0 | 0 |
| PAAZ | 67 | 59 | 88 | 1 | 2 | 113 | 48 | 42 | 0 | 0 |
| TG | 66 | 64 | 97 | 0 | 0 | 29 | 13 | 45 | 0 | 0 |
| CC | 152 | 72 | 47 | 0 | 0 | 115 | 36 | 31 | 0 | 0 |
| ABC (83) | 116 | 46 | 40 | 2 | 4 | 352 | 32 | 9 | 0 | 0 |
| TOT | 442 | 274 | 62 | 4 | 1 | 767 | 222 | 29 | 0 | 0 |

PZ
1 Belgische vrouwelijke IVD ; prostituée

PAAZ
1 IVD

ABC
1 mannelijke IVD, met dubbele nationaliteit (o.a. Belgisch)
1 Belgische niet-residentiële (Nederland) vrouwelijke IVD ; prostitutie

Er werden 2 kliënten gemeld die seropositief bevonden waren door een andere instelling of in een eerdere periode.

PAAZ
1 mannelijke Belgische IVD

CC
1 buitenlandse niet-residentiële vrouwelijke IVD ; prostituée

(83) De gegevens van deze instellingen zijn vrij onsamenhangend en onvolledig. Slechts 1 instelling heeft de vragenlijst min of meer volledig ingevuld.

## 3.8. Bespreking van de resultaten

### 3.8.1. Opname van druggebruikers in de instellingen

Binnen PZ en PAAZ treft men, ondanks hun grote opnamekapaciteit, betrekkelijk weinig druggebruikers aan.

Het omgekeerde geldt voor TG, die typische kleinschalige behandelingscentra vormen, waar de bewoners overwegend of bijna uitsluitend druggebruikers zijn. Daarnaast zijn er die bewust deze kliëntgroep weigeren of vermijden.

Ook de CC en ABC melden veel druggebruikers bij hun kliënten, maar deze instellingen zijn voor dit onderzoek dan ook specifiek daarnaar geselekteerd.

De instellingen in de kategorie "andere" instellingen bleken algemeen weinig gekonfronteerd te worden met druggebruikers. Dat was dan ook de reden waarom deze kategorie werd achterwege gelaten.

Al bij al blijken zeker de instellingen bereikt te zijn, waar druggebruikers zich feitelijk bevinden.

Tabel 27. Evolutie van het aandeel van IVD en NIVD die werden gescreend (% t.o.v. totaal aantal kliënten per kategorie) en seropositief bevonden (absolute aantallen en % t.o.v. totaal aantal gescreenden per kategorie), totaal voor alle instellingen

| | IVD | | | NIVD | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % SCR | SERO+ | % SERO+ | % SCR | SERO+ | % SERO+ |
| voor 1/1/88 | | 4 | | | | |
| 1988/1 | 67 | 0 | 0 | 64 | 0 | 0 |
| 1988/2 | 73 | 5 | 2 | 29 | 0 | 0 |
| 1989/1 | 76 | 3 | 2 | 65 | 0 | 0 |
| 1989/2 | 74 | 5 | 2 | 41 | 0 | 0 |
| 1990/1 | 66 | 2 | 1 | 40 | 0 | 0 |
| 1990/2 | 63 | 9 | 4 | 36 | 1 | 0,5 |
| 1991/1 | 77 | 6 | 2 | 49 | 1 | 0,5 |
| 1991/2 | 64 | 7 | 2 | 49 | 1 | 0,5 |
| 1992/1 | 59 | 7 | 3 | 39 | 0 | 0 |
| 1992/2 | 60 | 9 | 3 | 27 | 0 | 0 |
| 1993/1 | 62 | 4 | 1 | 29 | 0 | 0 |
| z.j. | | 12 | | | 2 | |
| tot. | | 73 | | | 5 | |

z.j. = zonder jaar : vermelde seropositieven die niet door de betrokken instelling gescreend maar wel gemeld werden, en waarvan dus niet geweten is waar en wanneer ze werden seropositief bevonden ; mogelijke dubbeltellingen

### 3.8.2. Screening [84]

Tabel 28. Instellingen waar alle kliënten worden gescreend

| | voor | 88/1 | 88/2 | 89/1 | 89/2 | 90/1 | 90/2 | 91/1 | 91/2 | 92/1 | 92/2 | 93/1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PZ | | 3 | 2 | 1 | 3 | 5 | 5 | 6 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| PAAZ | | | 1 | | 3 | | 1 | 2 | 3 | | 1 | 1 |
| TG | | 1 | | 1 | | 2 | 2 | | | | 1 | 1 |
| CC | | | | | | | | | | | | |
| ABC | | | | | | | | | | | | |
| TOT | | 4 | 3 | 2 | 6 | 7 | 8 | 8 | 7 | 5 | 7 | 7 |

Tabel 29. Instellingen waar alle illegale druggebruikers (IVD + NIVD) worden gescreend

| | voor | 88/1 | 88/2 | 89/1 | 89/2 | 90/1 | 90/2 | 91/1 | 91/2 | 92/1 | 92/2 | 93/1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PZ | | | 2 | 9 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 | 5 | 4 | 2 |
| PAAZ | | | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 7 | 9 | 4 | 3 | 6 |
| TG | | 1 | 3 | 1 | 1 | | 1 | 2 | 1 | 2 | | |
| CC | | | | | | | | | | | | |
| ABC | | | | | | | | | | | | |
| TOT | | 1 | 7 | 14 | 5 | 7 | 11 | 13 | 16 | 11 | 7 | 8 |

(84) De volgende tabellen hebben enkele betrekking op instellingen die in de betreffende periode nieuwe kliënten opnamen.

Tabel 30. Instellingen waar alle IVD worden gescreend

| | voor | 88/1 | 88/2 | 89/1 | 89/2 | 90/1 | 90/2 | 91/1 | 91/2 | 92/1 | 92/2 | 93/1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PZ | | | 1 | | 1 | | 2 | 1 | 6 | 2 | 2 | 3 |
| PAAZ | | 2 | 1 | 1 | 3 | 5 | 4 | 4 | | 6 | 5 | 3 |
| TG | | | | | 3 | | | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| CC | | | | | | | | | | | | |
| ABC | | 1 | | | | | | | | 1 | | |
| TOT | 10 | 3 | 2 | 1 | 7 | 5 | 6 | 6 | 8 | 11 | 9 | 8 |

Tabel 31. Instellingen waar geen enkele kliënt wordt gescreend

| | voor | 88/1 | 88/2 | 89/1 | 89/2 | 90/1 | 90/2 | 91/1 | 91/2 | 92/1 | 92/2 | 93/1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PZ | | | | | | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| PAAZ | | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | |
| TG | | 3 | | 1 | | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| CC | | | | 2 | | | | | | | | |
| ABC | | 1 | 1 | 2 | | | | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| TOT | | 4 | 1 | 6 | | 8 | 5 | 8 | 6 | 8 | 5 | 6 |

Tabel 32. Percentage screening bij IVD

| | 88/1 | 88/2 | 89/1 | 89/2 | 90/1 | 90/2 | 91/1 | 91/2 | 92/1 | 92/2 | 93/1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PZ | 60 | 60 | 75 | 80 | 80 | 59 | 86 | 96 | 85 | 80 | 80 |
| PAAZ | 89 | 85 | 73 | 85 | 90 | 78 | 100 | 85 | 80 | 87 | 88 |
| TG | 57 | 83 | 89 | 100 | 88 | 85 | 100 | 86 | 100 | 94 | 97 |
| CC | 72 | 78 | 70 | 68 | 48 | 71 | 64 | 59 | 51 | 49 | 47 |
| ABC | 40 | 57 | 0 | 64 | 7 | 40 | 0 | 49 | 41 | 37 | 40 |
| TOT | 67 | 73 | 76 | 74 | 66 | 63 | 77 | 64 | 59 | 60 | 62 |

Tabel 33. Percentage screening bij NIVD

| | 88/1 | 88/2 | 89/1 | 89/2 | 90/1 | 90/2 | 91/1 | 91/2 | 92/1 | 92/2 | 93/1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PZ | 50 | 62 | 81 | 63 | 50 | 49 | 65 | 60 | 62 | 45 | 59 |
| PAAZ | 25 | 87 | 65 | 54 | 77 | 22 | 73 | 82 | 42 | 44 | 42 |
| TG | 83 | 75 | 77 | 55 | 85 | 86 | 91 | 45 | 84 | 63 | 45 |
| CC | 50 | 31 | 39 | 45 | 30 | 54 | 49 | 65 | 35 | 32 | 31 |
| ABC | 80 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 5 | 9 |
| TOT | 64 | 29 | 65 | 41 | 40 | 36 | 49 | 49 | 39 | 27 | 29 |

Voor alle types van instellingen blijkt dat meer gescreend is bij kliënten met IVD dan bij kliënten met een andere vorm van illegaal druggebruik. Op enkele uitzonderingen na, die kunnen te wijten zijn aan vertekeningen door non-respons van bepaalde instellingen.

In de overige kategoriën bleek screening (evenals melding van seropositiviteit) eerder okkasioneel, alhoewel de screening gericht selektief bleek te gebeuren in funktie van risiko-indikaties (andere dan druggebruik).

Niet elke kategorie van instellingen reageert op dezelfde wijze wat betreft screening t.a.v. het bijkomende risikogedrag dat injekterend druggebruik kan vormen.
Het meest worden IVD gescreend in PAAZ en TG, met een gemiddelde tussen 85 en 90 %. Ook bij PZ worden ze gemiddeld tussen 60 en 80 % gescreend.
De screeningspraktijk bij CC en ABC ligt lager en vertoont een grilliger patroon. Dat kan te wijten zijn aan de kleine aantallen instellingen in deze kategorieën, waardoor non-respons van 1 instelling de gegevens sterk beïnvloedt.

Tussen de instellingen binnen eenzelfde kategorie kunnen zich ook sterke verschillen voordoen.
Bv. bij de ABC is er 1 instelling waar men prinipieel niemand screent, terwijl een andere instelling aan alle IVD een voorstel doet tot screening maar de test niet uitvoert zonder voorafgaande toestemming van de kliënt.

### 3.8.3. Omvang van incidentie en prevalentie bij IVD

Aangezien de enquête in de eerste plaats vroeg naar het aantal nieuwe seropositieven die in de eigen instelling gescreend werden, kunnen op basis van de gegevens vooral uitspraken gedaan worden over de incidentie. Die blijkt over het algemeen laag, maar schommelt sterk van semester tot semester - wellicht precies door de kleine aantallen.

Verschillende instellingen gaven bovendien spontaan informatie over seropositieve kliënten, die door andere instellingen gescreend werden. Als deze gevallen bij de vorige bijgeteld worden, kan men een idee krijgen van de prevalentie. Ook die is vrij laag. Dit cijfer moet wel met enige omzichtigheid geïnterpreteerd worden, omdat deze bijkomende gevallen van seropositiviteit niet systematisch opgevraagd werden ; bovendien zitten hier mogelijke dubbeltellingen.

Duidelijk is wel dat de incidentie en de prevalentie van HIV bij IVD (en NIVD) in Vlaanderen konsistent laag is, althans vanuit de via de hulpverlening geïdentificeerde kliënten.

Dit gegeven bevestigt de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek : alle gegevens wijzen in dezelfde richting.

Volgens de gegevens van deze enquête is de proportie seropositieven groter bij IVD dan bij NIVD. Dit verschil kan beschouwd worden als een maatstaf voor het extra risiko dat specifiek verbonden is aan IVD, nl. besmetting door geïnfekteerd materiaal.

## 3.8.4. Analyse van de kenmerken van de seropositieve IVD

### 3.8.4.a. Verhouding naar geslacht en nationaliteit (afkomst)

Er is voor 61 personen informatie beschikbaar over nationaliteit (afkomst) en geslacht.

Over de ganse onderzoeksperiode zijn er op die 61 seropositieve IVD 18 of 29 % vrouwen. Er zijn 34 of 56 % Belgen en 27 of 44 % buitenlanders.

Tabel 34. Verhouding van seropositieve IVD naar geslacht en nationaliteit ([85])

| | mannen | | | vrouwen | | | geen info |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Belg | buit | tot | Belg | buit | tot | |
| voor 1/1/1988 | 1 | | 1 | | | 0 | 3 |
| 1988/1 | | | 0 | | | 0 | |
| 1988/2 | 2 | 1 | 3 | | 2 | 2 | |
| 1989/1 | 3 | | 3 | | | 0 | |
| 1989/2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | |
| 1990/1 | 2 | | 2 | | | 0 | |
| 1990/2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 |
| 1991/1 | 1 | 2 | 3 | | 2 | 2 | 1 |
| 1991/2 | 2 | 3 | 5 | | | 0 | 2 |
| 1992/1 | 3 | 2 | 5 | 1 | 1 | 2 | |
| 1992/2 | 1 | 4 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 1993/1 | | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 |
| z.j. | 8 | 1 | 9 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| TOTAAL | 26 | 17 | 43 | 8 | 10 | 18 | 12 |

([85]) Mensen met dubbele nationaliteit worden gerekend als buitenlander, omdat dit kriterium betrekking heeft op de afkomst.

### 3.8.4.b. Bijkomende risikofaktoren bij seropositieve IVD

Niet alle gevallen van seropositiviteit bij IVD hoeven het gevolg te zijn van risikogedrag i.v.m. het injekteren. In onze enquête komt immers IVD meestal voor in kombinatie met prostitutie of ander (al dan niet homo-)seksueel risikogedrag (onveilige seks binnen het huwelijk met besmette partner, wisselende kontakten, ...), dat evenzeer de besmettingsoorzaak kan zijn.

Bij de mannen vertoont iets meer dan de helft (24 meldingen op 43) een bijkomend risikogedrag bovenop het IVD ; de belangrijkste faktor is homoseksueel kontakt (13 meldingen, waaronder 2 x homoprostitutie).
Bij de vrouwen vertoont de overgrote meerderheid (14 meldingen op 19) een bijkomend risikogedrag bovenop het IVD ; de helft van de seropositieve vrouwelijke IVD (10 meldingen) zijn prostituée.

Naast de gegevens vermeld in de tabel, werd in 1989/2 voor 4 personen als risikogedrag vermeld "verblijf in Spanje" ; voor 1 persoon werd daarbij gespecifieerd "heteroseksueel kontakt".

Beide mannen met als risikofaktor prostitutie, werken in de homoprostitutie.

Tabel 35. Bijkomende risikofaktoren bij seropositieve IVD : prostitutie ([86]) ; seksueel risikogedrag (zonder nadere specifikatie) ; heteroseksueel kontakt ; homoseksueel kontakt ; geen bijkomend risikogedrag

| | mannen | | | | | vrouwen | | | | geen info |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | prost | seks | hetero | homo | geen | prost | seks | hetero | geen | |
| voor 1/1/1988 | | | | | 1 | | | | | 3 |
| 1988/1 | | | | | | | | | | |
| 1988/2 | | 1 | | 2 | | | 1 | | 1 | |
| 1989/1 | | | | 1 | 2 | | | | | |
| 1989/2 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | |
| 1990/1 | | 1 | | 1 | | | | | | |
| 1990/2 | | | | | 3 | 3 | | | 1 | 2 |
| 1991/1 | | | 1 | 1 | 1 | 2 | | | | 1 |
| 1991/2 | | | | 1 | 3 | | | | | 2 |
| 1992/1 | | 1 | 1 | 2 | 1 | | | 1 | 1 | |
| 1992/2 | | 1 | | 1 | 3 | | | 2 | | 2 |
| 1993/1 | | | | | 1 | 3 | | | | 1 |
| z.j. | 1 | | | 2 | 3 | 1 | | | 1 | 1 |
| TOTAAL | 2 | 4 | 3 | 11 | 19 | 10 | 1 | 3 | 5 | 12 |

([86]) Indien zowel prostitutie als ander sexueel risikogedrag zijn vermeld, wordt gekodeerd onder prostitutie, wegens het hogere risiko.

### 3.8.4.c. Vergelijking met de gegevens van het IHE

Tabel 36. Aantal seropositieve IVD (inklusief IVD + homo/biseks) in Vlaanderen (Belgen + niet-Belgen), geregistreerd door IHE en door ons onderzoek, t/m eind 1992

<table>
<tr><th></th><th>IHE</th><th>VAD/MGR</th></tr>
<tr><td>=< 1985</td><td>2</td><td rowspan="3">4</td></tr>
<tr><td>1986</td><td>2</td></tr>
<tr><td>1987</td><td>2</td></tr>
<tr><td>1988</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>1989</td><td>4</td><td>8</td></tr>
<tr><td>1990</td><td>5</td><td>11</td></tr>
<tr><td>1991</td><td>8</td><td>13</td></tr>
<tr><td>1992</td><td>7</td><td>16</td></tr>
<tr><td>onbekend</td><td></td><td>12</td></tr>
<tr><td>kum.tot.</td><td>34</td><td>69</td></tr>
</table>

Het IHE registreerde t/m eind 1992 34 seropositieve IVD in Vlaanderen. Onze enquête registreerde in die periode een veel hoger aantal gevallen, nl. 69 seropositieven.

Het aantal uit onze enquête is bijna zeker een overschatting, aangezien de seropositieven niet geïdentificeerd zijn en er dus geen kontrole mogelijk is op dubbeltellingen. M.n. onder de seropositieven waarvan niet geweten is in welk jaar ze gescreend werden, bevinden zich waarschijnlijk verschillende gevallen die ook al in eerdere jaren gemeld zijn.

Verschillen kunnen ook te maken hebben met de definitie van de regio's. Het IHE neemt als kriterium de woonplaats, terwijl in onze enquête de plaats van de instelling telt. Bovendien zijn in ons onderzoek ook Vlaamse instellingen in het Brusselse betrokken en vermoedelijk dus ook Brusselse Vlaamse kliënten meegeteld. Aangezien de HIV-seroprevalentie bij IDG in Brussel veel hoger ligt dan in Vlaanderen, kunnen hierdoor gemakkelijk vertekeningen optreden.

Vermoedelijk is het lage aantal van het IHE voor een groot deel te wijten aan onderrapportering van druggebruik en aan de onvolledigheid van de gegevens voor bepaalde variabelen. Zo is de overdrachtswijze voor een groot aantal van de seropositieven niet gekend ; waarschijnlijk zitten daar nog een aantal IVD tussen.

I.v.m. de kombinatie van IVD met ander risikogedrag zijn de beschikbare gegevens helaas niet vergelijkbaar. Een belangrijk verschil is dat door het IHE prostitutie niet apart onderscheiden wordt. Vermoedelijk zijn homo- en heteroprostitutie meegerekend onder homo- resp. heteroseksuele kontakten.
Er zijn ook geen gegevens over de kombinatie van IVD met prostitutie of heteroseksueel risikogedrag. Vermoedelijk zijn deze gevallen meegeteld onder de kategorie IVD zonder meer, aangezien IVD een hoger gerangschikt risiko is.

Als de kategorieën heteroprostitutie en heteroseksueel riskant gedrag worden meegeteld onder "geen bijkomend risikogedrag" en homoprostitutie onder homoseksueel kontakt, hebben beide gegevensreeksen dezelfde kategorieën en worden ze min of meer vergelijkbaar.

Tabel 37. Aandeel van homoseksuele IVD in totaal aantal seropositieve IVD, Vlaanderen

| VAD/MGR | Belgen | | niet-Belgen | | totaal | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | M + V | M | M + V | M | M + V |
| tot. IVD | 26 | 34 | 17 | 27 | 43 | 61 |
| IVD + homoseks | 6 | | 7 | | 13 | |
| % IVD + homoseks | 23 | 18 | 41 | 26 | 30 | 21 |

Tabel 38. Aandeel van homoseksuele IVD in totaal aantal seropositieve IVD, België

| IHE | Belgen | | niet-Belgen | | totaal | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | M + V | M | M + V | M | M + V |
| tot. IVD | 80 | 124 | 191 | 234 | 271 | 358 |
| IVD + homo/biseks | 18 | | 18 | | 36 | |
| % IVD + homo/biseks | 22 | 14 | 9 | 8 | 13 | 10 |

Tabel 39. Aandeel van homoseksuele IVD in totaal aantal seropositieve IVD, Vlaanderen

| IHE | Belgen | | niet-Belgen | | totaal | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | M + V | M | M + V | M | M + V |
| tot. IVD | 13 | 16 | 13 | 18 | 26 | 34 |
| IVD + homo/biseks | 3 | | 0 | | 3 | |
| % IVD + homo/biseks | 23 | 19 | 0 | 0 | 11 | 9 |

In Vlaanderen ligt het aandeel van homoseksuele niet-Belgische IVD in onze enquête aanzienlijk hoger dan in de cijfers van het IHE. Bij de Belgen lopen de percentages gelijk ; maar deze moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden o.w.v. de kleine absolute aantallen van het IHE, waar er vermoedelijk onderraportering is in deze kategorie.

### 3.9. Verklaringen voor de lage HIV-seroprevalentie (87) (88)

(1) Vlaanderen zit nog in een introduktiefase. Het virus wordt uit andere gebieden of risikogroepen bij de IDG geïntroduceerd. Seropositieven zijn in hoge mate afkomstig uit 2 groepen : enerzijds homoseksuelen, anderzijds individuen die langere tijd in hoge-prevalentie-gebieden, met name Zuid-Europa, verbleven.

(2) Deze introduktiefase startte vrij laat, op een ogenblik waarop de transmissiewegen, de opsporingsmogelijkheid en de mogelijke preventiewijzen al goed bekend waren. Seropositieven konden onmiddellijk intensief begeleid worden, wat resulteerde in een sterke gedragsverandering : hun risikogedrag is dan ook veel lager dan dat van gemiddelde IDG. Er konden nog tijdig preventie-initiatieven, als het COOL-projekt, worden opgezet.

(3) De eerste generatie van seropositieven is niet in kontakt met de risikogroep van jongere IDG, vaak amfetaminegebruikers, die aan een hoog tempo injekteren, daarbij vaak "sharen", geen angst hebben van AIDS, veel onbeschermde seksuele kontakten hebben. In deze groep is het virus nog niet geïntroduceerd. Anderzijds bewijst het bestaan van deze subgroep het potentiële gevaar van HIV.

(4) De beschikbaarheid van steriel injektiemateriaal, dat zonder doktersvoorschrift verkrijgbaar is bij apotekers, en een tolerante houding van apotekers, m.n. in Antwerpen en Brussel, heeft ook bijgedragen aan de beperking van de verspreiding.

---

(87) A. Van Cauwenberghe, Rapport aan de schepen voor volksgezondheid, 1990, p. 7 - 8

(88) S. Todts (Red.), Risicogedrag bij injecterende druggebruikers in Vlaanderen, 1990, p. 39

## 3.10. Evaluatie van de enquête

### 3.10.1. Prevalentie en incidentie

Het oorspronkelijke opzet van de enquête was het meten van de HIV-seroprevalentie bij IDG. Daarom werd er bij de eerste peiling gevraagd naar zowel degenen die voor als degenen die na 1/1/1988 seropositief bevonden werden ; bij deze laatsten werd zowel gevraagd naar de personen die vanuit de eigen instelling als vanuit een andere instelling seropositief bevonden werden.

In de volgende peilingen werd deze omslachtige vraagstelling achterwege gelaten ; er werd voortaan alleen gevraagd naar de nieuwe gevallen van seropositiviteit van het betreffende semester, die in de eigen instelling gescreend werden, dus de incidentie. De achterliggende idee was dat, als men alleen de nieuwe gevallen opvroeg en die bij de gevallen van de eerdere peilingen telde, men een zicht kreeg op het totaal aantal gevallen, dus de prevalentie.
Bovendien omzeilde men hiermee het probleem van mogelijke dubbeltellingen (van seropositieven die in verschillende instellingen kliënt zijn), waarvoor men geen andere oplossing zag zonder de anonomiteit te schenden.

Hierdoor schippert de enquête voortdurend tussen het meten van de incidentie of de prevalentie.

Bovendien meldden instellingen regelmatig niet alleen de nieuwe seropositieven die in de eigen instelling werden gescreend, maar ook kliënten die elders waren seropositief bevonden of seropositieven die al langere tijd in de eigen instelling kliënt waren, die dus waarschijnlijk tijdens verschillende opeenvolgende enquêtes vermeld werden. Ongetwijfeld gebeurde dit met de beste bedoelingen, maar naar de verwerking toe werd het onderscheid tussen incidentie en prevalentie hierdoor vertroebeld.

Deze onduidelijkheden hangen samen met het feit dat nooit zeer scherp is gesteld wat men met de enquête wou meten.
Hetgeen tot nu toe gebeurde, was tellen van nieuwe gevallen, de incidentie dus, binnen (een deel van) de hulpverlening. De vraag is wat daarmee bereikt wordt. Het is zeker niet mogelijk om, vanuit een bevraging van de hulpverlening een zicht te krijgen op de volledige incidentie bij IDG. Dit zou trouwens weinig zin hebben, aangezien het IHE deze gegevens officieel systematisch verzamelt.
Een andere mogelijke vraagstelling is om, vanuit de meting van de prevalentie in de instelling, de impakt van HIV, bv. van de toename van serpositieve kliënten, op de hulpverlening in te schatten. Het HIV-screeningsbeleid is een van de faktoren die in het kader daarvan interessant zijn.

3.10.2. Representativiteit

De druggebruikers die in kontakt komen met de hulpverlening, vormen de relatief best bereikbare groep van het totale drug-milieu.

Zijn er redenen om aan te nemen dat druggebruikers met hulpverleningskontakten verschillen van de andere druggebruikers, altans in termen van seropositiviteit ?
Druggebruikers met kuratieve kontakten zijn gemotiveerd (of worden geacht dat te zijn) om iets aan hun probleem te doen. Daarom wordt ervan uitgegaan dat ze dus meer gericht zijn op een meer gezonde en veilige levenswijze. Uit de praktijk blijkt dat dit niet klopt. De druggebruikers in de hulpverlening zijn juist degenen met de langste verslavingsgeschiedenis, die daardoor ook het grootste kumulatieve risiko voor HIV-besmetting vertonen.

### 3.10.3. Kwaliteit van de antwoorden

Er zijn altijd enkele instellingen die onvolledige of onjuiste gegevens leveren.

(a) De enquête staat of valt bij het onderscheid IVD - NIVD. Sommige instellingen leverden echter gegevens voor druggebruikers in het algemeen, die binnen ons opzet dus onbruikbaar zijn. Vermoedelijk heeft dit ook te maken met het verschil tussen onze indeling en de door de instellingen gewoonlijk gehanteerde klassifikaties, m.n. DSM-III binnen de psychiatrie.

(b) Een aantal instellingen kon geen precieze gegevens leveren per semester, omdat hun registratie gebeurde per volledig werkjaar.

(c) De kategorie "andere kliënten" werd door vele instellingen niet of onvolledig ingevuld.
Voor het toevoegen van deze kategorie waren 2 redenen.
Ten eerste fungeert ze als kontrolegroep t.a.v. de kategorieën IVD en NIVD. Als dusdanig is ze echter niet veelzeggend, want onvoldoende gedifferentieerd m.b.t. risikogedrag voor HIV-overdracht (m.n. seksueel risikogedrag).
Ten tweede geeft deze kategorie de mogelijkheid om het aandeel van druggebruikers als kliënten binnen de instelling, dus de specialisatiegraad m.b.t. de drugproblematiek te bepalen. Dit gegeven is voor dit onderzoek van bijkomend belang en werd totnogtoe niet in de analyse betrokken.
Gezien de onvolledigheid van de gegevens en de beperkte relevantie van deze vraag, kan de opvraging van de gegevens over de andere kliënten weggelaten worden. Dit kan de vragenlijst minder zwaar en meer gericht maken en ruimte laten om evt. andere gegevens over de IVD en de NIVD op te vragen.

(d) Men vermeldt alleen het aantal seropositieven en niet het aantal gescreenden. Of : men vermeldt alle seropositieve kliënten, niet alleen degenen die in de betreffende periode door de eigen instelling gescreend zijn.
Daardoor is het voor ons onmogelijk om het screeningsbeleid van de instelling te evalueren.

(e) Sommige instellingen gaan er van uit dat de enquête niet op hen van toepassing is omdat ze geen seropositieven of AIDS-patiënten of geen illegale druggebruikers onder hun kliënten tellen. Er moet duidelijker gesteld worden dat ook in deze gevallen de ingevulde vragenlijsten voor ons onderzoek van belang zijn.

(f) Een aantal instellingen hebben verschillende afdelingen of deelwerkingen.
Soms is het niet duidelijk op welke afdeling de gegevens betrekking hebben.
Soms worden alleen gegevens geleverd voor een bepaalde afdeling, zonder dat dit expliciet gemeld wordt ; dit geeft dan verkeerdelijk de indruk dat de gegevens betrekking hebben op de gehele instelling.

3.10.4. Enkele voorstellen voor herwerking van de enquête worden momenteel binnen de VAD besproken.

Enkele principes zijn al duidelijk.

(a) Er is sprake van om de enquête voortaan prospektief te organiseren, d.w.z. dat de instellingen op voorhand formulieren krijgen m.b.t. het volgende semester.

(b) Er moet duidelijk gekozen worden om de enquête toe te spitsen op de prevalentie, d.w.z. dat er gevraagd wordt naar alle seropositieve IDG kliënten in de instelling.

(c) Er moet dan wel een systeem ontwikkeld worden om dubbeltellingen te vermijden. De kodering van het IHE kan overgenomen worden.

(d) Tegelijk moeten er vragen gesteld worden die het screeningsbeleid van de instelling meten.

## 3.11. Beleidsimplikaties

De vaststelling van een algemeen lage HIV-seroprevalentie van HIV bij IDG in Vlaanderen heeft enkele belangrijke implikaties.

In de nabije en verdere toekomst zal dit onderzoek regelmatig herhaald moeten worden, bij wijze van replikatie en om de evolutie van prevalentie en incidentie van HIV-besmetting systematisch te volgen.

De (nog) geringe verspreiding van HIV-besmetting bij IDG, laat de kans op suksesvolle preventie maximaal. En aangezien HIV zich via (hetero)seksuele overdracht vanuit de groep van IVD naar de algemene bevolking kan verspreiden, komt een dergelijke preventie uiteindelijk ook aan de algemene bevolking ten goede.

Nu al vormen IDG een prominente doelgroep voor HIV-preventie die aansluit bij hun noden en attitudes.

Preventie bij druggebruikers is geen sinecure en allerminst een vanzelfsprekendheid. IDG worden stereotiep voorgesteld als ongeïnteresseerd in gezondheid en als onbereikbaar voor preventieve boodschappen. Deze opvatting is ondertussen door empirisch onderzoek ([89]) weerlegd. Het tegendeel is waar gebleken. Drugscenes in verschillende delen van de wereld hebben buiten verwachting alert gereageerd op het HIV-risiko en hebben hun gedrag aangepast. Het gaat wel vooral om risikovermindering en slechts zelden om risiko-eliminatie. Vooral bij "craving" (ziektegevoel bij abstinentie) worden veel risiko's genomen. Bij individuen die nog slechts een heel laag risikogedrag vertonen, is het nog de vraag of dit een verschil maakt als dit gedrag jarenlang wordt volgehouden. Op lange termijn is het niet

---

([89]) J. Watters, vermeld in : H. Feldman - M. Aldrich, The role of ethnography in substance abuse research and public policy, 1990, p. 24

duidelijk of deze inspanningen echt zullen renderen, op een mogelijke vertraging van de epidemie na.

Een algemeen preventiemodel bestaat uit 3 komponenten :
- IDG overtuigen van het risiko, door te werken aan de risikoperceptie waardoor ze hun eigen risiko beter leren inschatten
- mogelijkheden tot gedragsverandering aanbieden, door beschikbaarheid van steriele spuiten, bleekwaterdistributie, vervangingsmedikatie (o.m. metadon)
- bekrachtigen van gedragsverandering, door de boodschap en de akties regelmatig te herhalen

De exakte doelstelling van HIV-preventie-initiatieven hangt af van hoe ver de epidemie reeds gevorderd is ([90]). Op vele plaatsen is het interessant middellange-termijn-veranderingen te overwegen ; in andere streken, waar men een explosie kent van virale verspreiding, moeten alle middelen ingezet worden in funktie van de nood op korte termijn. Tenslotte zijn er de plaatsen waar het HIV nog niet gesignaleerd werd in IDG kringen ; daar kan men als strategie gezondheidsopvoeding mengen met strukturele veranderingen op langere termijn.

De aanzet tot HIV-preventie bij IDG in België en Vlaanderen is inmiddels een feit. ([91]) Getuige hiervan zijn projekten als Boule de Neige en COOL en recente initiatieven rond spuitenruil (o.a. NFWO aktie-onderzoek ([92]) ; Forum Spuitenruil V.A.D.).

---

([90]) S. Friedman e.a., Social intervention against AIDS among injecting drug users, 1992

([91]) zie : Referatenbundel van de studiedag "AIDS-preventie in de drugzorg", 1986

([92]) R. Kinable, Drugsgebruikers en AIDS, 1994

# BIBLIOGRAFIE

Abstract book. IXth International Conference on AIDS in affiliation with the IVth STD World Congres, Berlin, June 6-11, 1993, 2 vol.

Abstracts. V International Conference on AIDS. The scientific and social challenge, Montréal, Québec, Canada, June 4-9, 1989

AIDS boletim epidemiologico, Minister of health, Brazil 1988

AIDS/HIV/STD surveillance report, Pan American Health Organisation, Regional Office of the World Health Organization, Washington, DC, 1990

A.I.D.S. in België. Situatie op 31 december 1993. Trimestrieel rapport n° 34, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie - Dienst Epidemiologie / College van AIDS-referentielaboratoria, Brussel

AIDS among drug abusers in Europe. Report on a Symposium, Stockholm, September 1989, WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991 ( EUR/ICP/GPA 049(A) )

AIDS surveillance in Europe. Quarterly Report N° 40. 31st December 1993, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS - WHO-EC Collaborating Centre on AIDS, Saint-Maurice (France)

Congress Review. IXth International Conference on AIDS, Berlin, June 6th-11th 1993, MediTech Media, London, 1994

De registratie van seropositieven door de AIDS-referentielaboratoria vanaf 1 oktober 1992, IHE, 9 november 1992

Referatenbundel van de studiedag "AIDS-preventie in de drugzorg", 9 december 1988, Strombeek-Bever, V.A.D., Brussel

Sondage toxicomanie et SIDA, CCAD, Bruxelles, april 1987

Studienamiddag. De interpretatie van epidemiologische gegevens, UZ Gent 22 februari 1993, IPAC, 2 delen

R. Ancelle-Park - G. Salamina - D. Dubois - J. Alix - A. Downs - J. Brunet and the national coordinators of AIDS surveillance in the WHO European region, European surveillance of AIDS : epidemiological characteristics and trends of female AIDS cases, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C09-2806

R. Battjes - R. Pickins (Eds.), Needle sharing among intravenous drug abusers. National and international perspectives, National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1988

A. Beckeringh - W. de Haes - M. Kooyman, Locaal beleid ten aanzien van AIDS en druggebruik, verslag studiedag 4 april 1986, georganiseerd door GGD en Erasmus Universiteit, Rotterdam

S. Blower - G. Medley, Epidemiology, HIV and drugs : mathematical models and data, in : British Journal of Addiction, 87 (1992), 371-379

Boxaca e.a., HIV-prevalence and the role of other infectious diseases in a group of drug users in Argentina, VIth International Conference on AIDS, San Francisco, 1990, Abstract 3141

Ng. Brajachand.Sing - Y. Ibotomba.Singh - T.N. Naik - N. Deben.Singh - S. Tripathy - C. Das, Spread of HIV infection in Manipur, a border state of India, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C08-2763

H. Brenner - P. Hernando-Briongos - C. Goos, AIDS among drug abusers in Europe. Review of recent developments, WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991 ( EUR/ICP/GPA 049(B) )

M. Correa - B. Rivas - V. Somma, Drugs and AIDS in Uruguay, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-D08-3640

E. Declercq - L. Lavreys - R. Mak, De epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 1992, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie - Afdeling Epidemiologie, Brussel, november 1993

B. De Ruyver - A. De Leenheer (Red.), Drugbeleid 2000 / Gestion des drogues 2000, Maklu, Antwerpen - Bruylant, Bruxelles, 1994

D. Des Jarlais - S. Friedman, HIV infection among intravenous drug users : epidemiology and risk reduction, in : AIDS, 1 (1987), 2, 67-76

D. Des Jarlais e.a., HIV-1 is associated with fatal infectious diseases other than AIDS among IVDU, IVth International Conference on AIDS, Stockholm, 1988, Abstract 4219

D. Des Jarlais - S. Friedman, AIDS and IV drug use, in : Science, 245 (1989), 4918, 578

D. Des Jarlais - S. Friedman - D. Novick e.a., HIV-1 infection among intravenous drug users in Manhattan, in : Journal of the American Medical Association, 261 (1989), 7, 1008-1012

D. Des Jarlais - S. Friedman - J. Woods - J. Milliken, HIV infection among intravenous drug users : epidemiology and emerging public health perspectives, in : J. Lowinson e.a. (Eds.), Substance abuse, 1992, 734-743

M.C. Donoghoe, Sex, HIV and the injecting drug user, in : British Journal of Addiction, 87 (1992), 405-416

A. Donot - L. Verhoeven-Lespagnard - G. Lumer, Screening for HIV-antibodies in high-risk groups among inmates from Brussels prisons, Vth International Conference on AIDS, Montreal, 1989, Abstract A.532

Edlin, VIIIth International Conference on AIDS, Amsterdam, 1992, Abstract WeC 1028

H. Feldman - M. Aldrich, The role of ethnography in substance abuse research and public policy : historical precedent and future prospects, in : E. Lambert (Ed.), The collection and interpretation of data from hidden populations, 1990, 12-30

S. Friedman - A. Neaigus - D. Des Jarlais - J. Sotheran - J. Woods - M. Sufian - B. Stepherson - C. Sterk, Social intervention against AIDS among injecting drug users, in : British Journal of Addiction, 87 (1992), 3, 393-404

Genser, VIIIth International Conference on AIDS, Amsterdam, 1992, Abstract WeC 1032

I. Gilada (Ed.), AIDS in Asia. Incorporating the Proceedings of First International Workshop on "Asian solidarity against AIDS", held ar Florence on June 18, 1991, Indian Health Organisation, Bombay

R. Gorna (Ed.), Conference summary report. VIII International Conference on AIDS - III STD World Congress, Amsterdam, the Netherlands, 19-24 July 1992, Harvard AIDS Institute, Cambridge

A. Grangeiro - A. Kalichman - R. Munhoz - P. Teixeira, Socio-economic aspects and epidemiological patterns of AIDS in São Paolo City, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C06-2725

J.-P. Grund, Drug use as a social ritual. Functionality, symbolism and determinants of self-regulation (IVO Reeks, 4), Erasmus Universiteit, Instituut voor Verslavingsonderzoek, Rotterdam, 1993

N. Harris - M. Fields - D. Gordon - L. Bley - P. Sweeney, Why is HIV concentrated among IV amphetamine users in the Pacific Northwest of the United States ?, VIth International Conference on AIDS, San Francisco, 1990, Abstract

C. Hartgers, HIV risk behavior among injecting drug users in Amsterdam, Rodopi, Amsterdam, 1992

P. Hartsock - A. Kozlov - A. Glebov - A. Malykh, HIV infection in St. Petersburg, Russia : substance abuse and related questions, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C09-2793

S. Heisterkamp - J. Jager - E. Ruitenberg - J. Van Druten - A. Downs, Correcting reported AIDS incidence : a statistical approach, in : Statistics in Medicine, 8 (1989), 3, 963-976

R. Kinable, Drugsgebruikers en AIDS. AIDS-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project. Onderzoeksproject in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de Staat en de Gemeenschappen, V.A.D., Brussel - K.U.L., Leuven - Free Clinic, Antwerpen, 1994

D. Kitayaporn - C. Uneklabh - B. Weniger - P. Lohsomboon - J. Kaewkungwal - W. Meade Morgan - T. Uneklabh, HIV-1 incidence determined retrospectively in drug users in Bangkok, Thailand, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract WS-C09-2

E. Lambert (Ed.), The collection and interpretation of data from hidden populations (NIDA Research Monograph 98), NIDA, Rockville, 1990

N. Lauwers - F. Van Mol, Drugverslaafden in de strafinrichtingen, in : B. De Ruyver - A. De Leenheer (Red.), Drugbeleid 2000, 1994, 361-368

E. Lima - F. Bastos - P. Telles - T. Ward, Injecting drug users and the spread of HIV in Brazil, in : AIDS & Public Policy Journal, 7 (1992), 3, 170-174

E. Lima - S. Friedman - F. Bastos - P. Telles - P. Friedmann - D. Des Jarlais, Risk factors for HIV-1 seroprevalence in a sample of drug-injectors from Rio de Janeiro, Brazil, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C15-2916

N. Loimer - E. Werner - O. Presslich, Sharing spoons : a risk factor for HIV-1 infection in Vienna, in : British Journal of Addiction, 86 (1991), 6, p. 775 - 778

J. Lowinson - P. Ruiz - R. Millman - J. Langrod (Eds.), Substance abuse. A comprehensive textbook, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1992, 2nd edition

G. Mientjes, Studies on the natural course of HIV infection among injecting drug users, Ruparo, Amsterdam, 1993

A. Neaigus - S. Friedman - B. Jose - M. Goldstein - R. Curtis - D. Des Jarlais, Risk factors for HIV infection among new drug injectors, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C15-2938

A. Pant - D. Kleiber, Explaining decline and stabilization of HIV seroprevalence in Berlin IDU between 1989 and 1993, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract WS-C09-5

G. Papaevangelou in collaboration with the Paris / WHO AIDS Centre, Concerted action on : HIV prevalence and risk factors among IDU in EC and COST countries. Final report, december 1993

M. Reisinger (Ed.), Aids and drug addiction in the European Community, treatment and mistreatment. Proceedings of a Seminar on AIDS and Drug Addiction in the Twelve European Communities Member States, Brussels, July 1-1, 1993, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Commission of the European Communities, september 1993

M. Reisinger, Treatment of drug addiction and the epidemiology of AIDS, in : M. Reisinger (Ed.), Aids and drug addiction in the European Community, treatment and mistreatment, 1993, 15-39

J. Robertson - A. Bucknall - P. Welsby - J. Roberts - J. Inglis - J. Peutherer - R. Brettle, Epidemic of AIDS related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug users, in : British Medical Journal, 292 (1986), 527-529

M. Roelandt - S. Zombek, SIDA, séropositivité et toxicomanes à Bruxelles, in : Psychotropes, 3 (1987), 3, 27-30

E. Schoenbaum - D. Hartel - P. Selwyn - R. Klein - K. Davenny - M. Rogers - C. Feiner - G. Friedland, Risk factors for Human Immunodeficiency Virus infection in intravenous drug users, in : The New England Journal of Medicine, 321 (1989), 13, 874-879

S. Singh - N. Crofts - D. Gertig, HIV infection among injecting drug users in north-east Malaysia, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C08-2777

S. Singh - N. Crofts, HIV infection among injecting drug users in north-east Malaysia, 1992, in : AIDS Care, 5 (1993), 3, 273-281

N. Sirisopana - K. Torugsa - J. Carr - A. Jugsudee - C. Chuencitra - T. Supapongse - J. McNeil e.a., Prevalence of HIV-1 infection in young men entering the Royal Thai Army, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C08-2778

J. Sorensen - L. Wermuth - D. Gibson - K. Choi - J. Guydish - S. Batki, Preventing AIDS in drug users and their sexual partners, The Guilford Press, New York, 1991

E. Sprinz - M. Kronfeld - L. Targa - M. Saldanha - M. Wainstein, The changes in HIV population characteristics in South Brazil from 1986 to 1992 : a study of 971 cases of AIDS, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C06-2723

S. Todts - D. Avonts - G. Vercauteren - P. Piot, HIV-seroprevalence and risk behaviour in IV drug users in a low prevalence city in Belgium, VIth International Conference on AIDS, San Francisco, 1990, Abstract FC 618

S. Todts, AIDS en injekterend druggebruik, lezing op het 2e Nationaal AIDS Symposium, Brussel 1989

S. Todts (Red.), Risicogedrag bij injecterende druggebruikers in Vlaanderen. Resultaten van een seroprevalentie- en gedragsonderzoek bij 200 Vlaamse injecterende druggebruikers, Free Clinic, Antwerpen, november 1990

A. Van Cauwenberghe, Rapport aan de schepen van gezondheidszorg. Rapportering over het preventieproject "COOL" : preventie van HIV en Aids bij injecterende druggebruikers, MGR, Antwerpen, 1990

A.-R. Vandewinckele, Preventie van riskant sexueel gedrag bij drugspuiters, K.U.Leuven - Faculteit Rechtsgeleerdheid, Leuven, 1993 (eindverhandeling lic. kriminologie)

P. Viciana - F. Lozano - J. Pascuau - M. Torres-Tortosa - J. Santos, Epidemiological and clinical features on HIV infection in the South of Spain, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C09-2795

A. Wodak - N. Crofts - R. Fisher, HIV infection among injecting drug users in Asia : an evolving public health crisis, in : AIDS Care, 5 (1993), 3, 313-320

World Health Organization, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - Data as at 31 December 1993, in : Weekly Epidemiological Record, 14 January 1994

X. Zheng - C. Tian - J. Zhang - T. Hall - J. Mandel - N. Hearst e.a., Rapid spread of HIV among drug users and their wives in Southwest China, IXth International Conference on AIDS, Berlin, 1993, Abstract PO-C08-2766

## SAMENVATTING

### EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS
### HIV-SEROPOSITIVITEIT BIJ INJEKTERENDE DRUGGEBRUIKERS [93]

In de geïndustrialiseerde wereld is injekterend druggebruik een belangrijke weg van HIV-transmissie.
In Europa is het absolute en relatieve aantal injekterende druggebruikers onder de AIDS-gevallen in de loop van de jaren 80 spektakulair gestegen. Sinds 1990 bedraagt het meer dan 40 %. De subepidemie is het verst gevorderd in Zuid-Europese landen, m.n. Italië en Spanje, waar ongeveer 66 % van de AIDS-gevallen injekterende druggebruikers zijn. Net als in de Verenigde Staten koncentreren gevallen van HIV en AIDS bij injekterende druggebruikers zich in Europa vooral in de grote steden.

In België gebeurt de officiële registratie van alle seropositieven en AIDS-patiënten door het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (IHE). Volgens de gegevens t/m 1992 zijn in totaal 333 of 8 % van de geregistreerde HIV-geïnfekteerden in België injekterende druggebruikers, waarvan de meesten in Brussel en Wallonië verblijven. In Vlaanderen lijkt het probleem (nog) niet zo groot : er werden 34 seropositieve injekterende druggebruikers geregistreerd, d.i. minder dan 10 % van het totaal aantal seropositieve injekterende druggebruikers in België (34/333) en 3 % (34/1152) van het totaal aantal Vlaamse seropositieven.

---

[93] Samenvatting van : C. Grieten - S. Todts, HIV-seropositiviteit en injekterend druggebruik. Resultaten van een zesmaandelijkse enquête in de drughulpverlening in Vlaanderen, 1988 - 1993, VAD, Brussel - MGR, Antwerpen, 1994.

De omgekeerde benadering gaat, vanuit de groep druggebruikers, na hoeveel seropositieven deze bevat. Vanaf 1988 is door de VAD een systematisch onderzoek in deze zin opgezet, in de vorm van een halfjaarlijkse enquête bij kategoriale en niet-kategoriale instellingen. Deze enquête stelt het aantal seropositieven vast onder de kliënten wiens dossier gedurende de voorbije 6 maanden geopend of heropend is.

In onderstaande tabel worden de belangrijkste resultaten van dit onderzoek samengevat.
De gegevens zijn opgesplitst tussen injekterende en niet-injekterende druggebruikers (IDG - NIDG).
Binnen elke kategorie worden volgende gegevens vermeld :
- TOT : totaal aantal kliënten van de instellingen
- SCR : totaal aantal personen dat werd gescreend op HIV
- % SCR : percentage SCR t.o.v. TOT
- SERO+ : totaal aantal seropositieven
- % SERO+ : percentage SERO+ t.o.v. SCR

Tabel. Evolutie van het aandeel van injekterende en niet-injekterende druggebruikers die werden gescreend en seropositief bevonden

| | IDG | | | NIDG | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % SCR | SERO+ | % SERO+ | % SCR | SERO+ | % SERO+ |
| voor 1/1/88 | | 4 | | | | |
| 1988/1 | 67 | 0 | 0 | 64 | 0 | 0 |
| 1988/2 | 73 | 5 | 2 | 29 | 0 | 0 |
| 1989/1 | 76 | 3 | 2 | 65 | 0 | 0 |
| 1989/2 | 74 | 5 | 2 | 41 | 0 | 0 |
| 1990/1 | 66 | 2 | 1 | 40 | 0 | 0 |
| 1990/2 | 63 | 9 | 4 | 36 | 1 | 0,5 |
| 1991/1 | 77 | 6 | 2 | 49 | 1 | 0,5 |
| 1991/2 | 64 | 7 | 2 | 49 | 1 | 0,5 |
| 1992/1 | 59 | 7 | 3 | 39 | 0 | 0 |
| 1992/2 | 60 | 9 | 3 | 27 | 0 | 0 |
| 1993/1 | 62 | 4 | 1 | 29 | 0 | 0 |
| zonder jaar * | | 12 | | | 2 | |
| totaal | | 73 | | | 5 | |

* zonder jaar : gemelde seropositieven waarvan niet vermeld is in welk jaar ze werden gescreend en seropositief bevonden

Voor alle types van instellingen blijkt dat meer gescreend is bij injekterende druggebruikers dan bij kliënten met een andere vorm van illegaal druggebruik.

Aangezien de enquête in de eerste plaats vroeg naar het aantal nieuwe seropositieven die in de eigen instelling gescreend werden, kunnen op basis van de gegevens vooral uitspraken gedaan worden over de incidentie. Die blijkt van semester tot semester sterk te schommelen maar is over het algemeen laag.

Verschillende instellingen gaven bovendien spontaan informatie over seropositieve kliënten, die op een niet nader bepaald tijdstip door andere instellingen gescreend werden (kategorie "zonder jaar"). Als deze gevallen bij de vorige bijgeteld worden, kan men een idee krijgen van de prevalentie. Ook die is vrij laag. Dit cijfer moet wel met enige omzichtigheid geïnterpreteerd worden, omdat deze bijkomende gevallen van seropositiviteit niet systematisch opgevraagd werden ; bovendien zitten hier mogelijke dubbeltellingen.

Duidelijk is wel dat de incidentie en de prevalentie van HIV bij druggebruikers in Vlaanderen konsistent laag is, althans vanuit de via de hulpverlening geïdentificeerde kliënten.

Volgens de gegevens van deze enquête is de proportie seropositieven groter bij injekterende dan bij niet-injekterende druggebruikers. Dit verschil kan beschouwd worden als een maatstaf voor het extra risiko dat specifiek verbonden is aan het injekteren, nl. besmetting door geïnfekteerd materiaal.

In totaal werden er van 1988 t/m 1993 73 seropositieve injekterende druggebruikers gemeld. Aangezien de seropositieven niet geïdentificeerd zijn en er dus geen kontrole mogelijk is op dubbeltellingen, is dit aantal wellicht een overschatting. M.n. onder de seropositieven waarvan niet geweten is in welk jaar ze gescreend werden, bevinden zich waarschijnlijk verschillende gevallen die ook al in eerdere jaren gemeld zijn. Bovendien zijn in ons onderzoek ook Vlaamse instellingen in het Brusselse betrokken en vermoedelijk dus ook Brusselse Vlaamse kliënten meegeteld. Aangezien de HIV-seroprevalentie bij IDG in Brussel veel hoger ligt dan in Vlaanderen, kunnen hierdoor gemakkelijk vertekeningen optreden.

Voor 61 van deze 73 gemelde seropositieven is informatie beschikbaar over geslacht en nationaliteit (afkomst) : 29 % vrouwen en 71 % mannen ; 56 % Belgen en 44 % buitenlanders.

Het is niet altijd duidelijk in hoeverre de HIV-besmetting te wijten is aan het injekterend druggebruik. Verschillende van de gemelde seropositieven vertonen immers een bijkomend risikogedrag bovenop het injekterend druggebruik.
Bij de mannen vertoont iets meer dan de helft bijkomend risikogedrag ; de belangrijkste faktor is homosexueel kontakt (waaronder 2 x homoprostitutie). Bovendien werd voor 4 mannen als risikogedrag vermeld : langdurig verblijf in Spanje.
Bij de vrouwen vertoont de overgrote meerderheid bijkomend risikogedrag ; de helft van de seropositieve vrouwen zijn prostituée.

Volgende faktoren kunnen deze lage HIV-seroprevalentie gedeeltelijk verklaren.
Ten eerste zit Vlaanderen nog in een introduktiefase. HIV is aanwezig in een beperkte groep injekterende druggebruikers, die blijkbaar niet in kontakt zijn met andere groepen.
Deze introduktiefase startte vrij laat, op een ogenblik waarop de transmissiewegen, de opsporingsmogelijkheid en de mogelijke preventiewijzen al goed bekend waren. Seropositieven konden onmiddellijk intensief begeleid worden, wat resulteerde in een sterke gedragsverandering : hun risikogedrag is dan ook veel lager dan dat van gemiddelde injekterende druggebruikers.
De relatief hoge beschikbaarheid van steriel injektiemateriaal, dat zonder doktersvoorschrift verkrijgbaar is bij apotekers, gekoppeld aan een tolerante houding van apotekers, m.n. in Antwerpen en Brussel, heeft ook bijgedragen aan de beperking van de verspreiding.

Deze vaststellingen hebben belangrijke implikaties naar het beleid toe.
De (nog) geringe verspreiding van HIV-besmetting bij injekterende druggebruikers, laat de kans op suksesvolle preventie maximaal.
Nu al vormen injekterende druggebruikers een prominente doelgroep voor HIV-preventie die aansluit bij hun noden en attitudes.
In de nabije en verdere toekomst zal dit onderzoek regelmatig herhaald moeten worden, om de evolutie van de HIV-besmetting systematisch te volgen.

**BIJLAGE 1.**
**VRAGENLIJST**
**1988/1**

## TOELICHTINGEN

Het enquêteformulier omvat drie bladzijden.

Op de eerste bladzijde worden enkele eenvoudige gegevens omtrent Uw instelling gevraagd.

De identiteit van de instelling wordt principieel niet bekend gemaakt aan derden.

De contactpersoon zal bij volgende enquêteringen de formulieren toegestuurd krijgen. Aan deze persoon wordt ook het rapport met globale resultaten toegezonden.

De "soort van instelling" wordt gevraagd om ons toe te laten de gegevens voor elk van de onderscheiden typen instellingen apart te verwerken.

Ook wordt gevraagd hoeveel procent van Uw werking specifiek in verband staat met verslaving (alcohol, farmaca, illegale drugs, snuifmiddelen). We vragen hiervoor een benaderende waarde in te vullen. Dit gegeven kan nuancerend zijn ten aanzien van de populatie die verondersteld wordt naargelang van de "soort van instelling".

Op de tweede bladzijde worden de eigenlijke cijfergegevens gevraagd voor het berekenen van de prevalentie (en incidentie) van de HIV-seropositiviteit. Deze gegevens kunnen ingevuld worden in de tabel. Deze tabel schrikt op het eerste gezicht wellicht wat af, maar bij nader toezien worden slechts enkele aantallen gevraagd, die wellicht gemakkelijk beschikbaar zijn voor Uw instelling. Wel hebben wij vanuit de doelstelling van deze enquête enkele bijzondere schikkingen in verband met deze gegevens getroffen. Daarom is het zeer belangrijk dat U de volgende toelichtingen met aandacht leest.

De linkerkolom vormt een indeling van cliënten naar aard van de problematiek. In functie van het doel van deze enquête worden vijf bepaalde soorten problematiek onderscheiden. Dit zijn: (1) intraveneus gebruik van illegale drugs; (2) ander (niet-intraveneus) gebruik van illegale drugs; (3) andere vormen van toxicomanie (dan verslaving aan illegale drugs; bijvoorbeeld verslaving aan genees-of snuifmiddelen; echter geen alcoholisme); (4) alcoholisme; (5) andere soort van problematiek (alle andere vormen van psychosociaal dysfunctioneren).

Voor het doel van deze enquête worden de vijf vermelde categorieën beschouwd als elkaar uitsluitend. Dit betekent dat elke cliënt naargelang van zijn problematiek in slechts één van de gegeven categorieën kan worden ondergebracht. In de praktijk zullen veel cliënten evenwel meer dan één van de vermelde problematieken vertonen. In deze gevallen dient de cliënt uitsluitend in de categorie met het laagste cijfer (zie tabel) gesitueerd te worden.

Voorbeeld: iemand die zowel depressie als intraveneus gebruik van illegale drugs als reden van behandeling heeft, wordt in

de categorie (1) opgenomen, en niet in de categorie (5).

Voorbeeld: een alcoholist die ook niet-intraveneus illegale drugs gebruikt, wordt in de categorie (2) opgenomen, en niet in de categorie (4).

De ordening van de categorieën en het uitsluitend in de laagst genummerde categorie situeren van cliënten met meerdere vormen van problematiek zijn uitsluitend bepaald door het doel van deze enquête. Hoe lager het nummer van categorie, des te meer risico van HIV-overdracht en HIV-besmetting ermee geassocieërd wordt.

De overige kolommen van de tabel op bladzijde 2 zijn genummerd.

In kolom (1) wordt het aantal cliënten met de onderscheiden vormen van problematiek gevraagd. Dit betreft alle nieuwe of hernieuwde contacten tussen 1 januari 1988 en 30 juni 1988 inclusief. (Deze periode van een half jaar werd gekozen omdat in de toekomst de gegevens op deze basis periodiek aangevuld zullen worden.) Nieuwe contacten hebben betrekking op cliënten die zich in deze periode voor de eerste maal tot Uw instelling wenden; hernieuwde contacten hebben betrekking op cliënten die zich opnieuw tot Uw instelling wenden nadat een periode van contacten formeel was afgesloten. Cliënten met wie op 1 januari 1988 het contact reeds gaande was, worden niet in aanmerking genomen. Wanneer met een cliënt contact aangevat/hervat werd tijdens de voormelde periode, afgesloten en vervolgens (opnieuw) hervat werd tijdens dezelfde periode, dan mag dit slechts als één contact meegerekend worden.

Kolommen (2) en (3) betreffen het aantal cliënten per vorm van problematiek dat een screening naar HIV-besmetting onderging, d.w.z. door middel van een objectief bloedonderzoek beoordeeld werd op eventuele seropositiviteit voor HIV. Het tijdstip waarop de screening plaatshad en eventuele besmetting vastgesteld werd is hierbij van geen belang. Dit tijdstip kan dus ook voor 1 januari 1988, dus voor de (her-)opening van het dossier, gelegen zijn. Wel wordt het aantal gescreende cliënten uitgesplitst naargelang de screening is uitgevoerd op initiatief van Uw eigen instelling, kolom (2), of van een andere instantie, kolom (3). Hierbij gaat het niet om het laboratorium waar het onderzoek werd uitgevoerd, maar wel om de instantie van waaruit het onderzoek aangevraagd werd.

In de kolommen (4) en (5) wordt vermeld hoeveel van de gescreende cliënten feitelijk seropositief bevonden zijn voor HIV. Kolom (4) met als titel "vanouds" bevat alleen seropositieve cliënten van wie het besmet zijn reeds bekend was voor 1 januari 1988, dus voor de (her-)opening van het dossier op Uw instelling. Daarentegen bevat kolom (5) alleen seropositieve cliënten die voor het eerst seropositief gebleken zijn tussen 1 januari 1988 en 30 juni 1988. In de kolommen (4) en (5) doet het er niet toe of de screening gebeurde vanuit Uw instelling of op initiatief van een andere instantie. Deze gegevens betreffen de incidentie, d.i. het aantal nieuw gemelde gevallen van besmetting in een gegeven populatie gedurende een zekere periode.

In de kolommen (6) en (7) wordt ten slotte gevraagd voor de in kolom (5) gerapporteerde seropositieven aan te geven hoeveel van dezen door Uw instelling voor het eerst als seropositief geïdentificeerd werden en hoeveel vanuit andere instanties voor

het eerst als seropositief bevonden werden. (Deze gegevens kunnen nuttig zijn om eventuele meervoudige rapportering van sommige seropositieve cliënten op te vangen.)

Op de derde bladzijde wordt gevraagd om de in kolom (5) van de tweede bladzijde gerapporteerde seropositieven in te delen naar nationaliteit en residentie. Hierbij gaat het alleen om de indeling in Belg versus buitenlander. Omdat binnen deze categorieën de situering van de cliënt in termen van aard van de problematiek niet meer blijkt, wordt telkens gevraagd hoeveel van deze cliënten ook illegale drugs gebruiken, en binnen deze groep nogmaals hoeveel van hen dat op intraveneuze wijze doen.

Indien de bovenstaande toelichtingen niet voldoende blijken om het enquêteformulier zeker en juist te kunnen invullen, gelieve dan VAD te contacteren (02/511.08.51 - R. Peeters) voor nadere informatie.

Wij danken U nogmaals voor de welwillende medewerking en hopen op een spoedige toezending van de gevraagde gegevens. Zodra de verwerking van de gegevens dit toelaat, zullen wij niet nalaten U een uitvoerig rapport toe te zenden, waarin ook het belang van de gevraagde gegevens en de methodologische achtergronden van deze enquête gedocumenteerd zullen worden.

VAD
WERKGROEP ILLEGALE DRUGS
1988/2

IDENTIFICATIE VAN DE INSTELLING

1. NAAM :

ADRES :

TELEFOONNUMMER : (     ) /

CONTACTPERSOON :

2. SOORT INSTELLING - gelieve één bolletje zwart te maken :

o psychiatrisch ziekenhuis

o psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis

o therapeutische gemeenschap of drugvrij programma

o crisisopvangcentrum

o ambulant begeleidingscentrum

o andere (vrij in te vullen) :

3. Gelieve bij benadering aan te geven hoeveel procent van Uw werking betrekking heeft op verslavingsproblemen (alcohol, geneesmiddelen, illegale drugs, vluchtige snuifmiddelen).

Ongeveer :          %

4. Opmerkingen of wensen in verband met deze enquête kunt U aangeven in de ruimte hieronder, of eventueel op de keerzijde van dit blad of in een bijgevoegd schrijven.

VAD
WERKGROEP ILLEGALE DRUGS
1988/2

AANTALLEN CONTACTEN, SCREENINGEN, SEROPOSITIEVEN

| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | AANTAL CLIENTEN | AANTAL GESCREEND | | AANTAL SEROPOSITIEF | | AANTAL NIEUW SEROPOSITIEF | |
| AARD VAN PROBLEMATIEK | | vanuit dienst | vanuit andere | "vanouds" | nieuw na 1-1-1988 | vanuit dienst | vanuit elders |
| 1. intraveneus gebruik illegale drugs | | | | | | | |
| 2. ander gebruik van illegale drugs | | | | | | | |
| 3. andere vorm van toxicomanie | | | | | | | |
| 4. alcoholisme | | | | | | | |
| 5. andere soort van problematiek | | | | | | | |

VAD
WERKGROEP ILLEGALE DRUGS
1988/2

## GEGEVENS M.B.T. NATIONALITEIT EN RESIDENTIE

Deze gegevens hebben uitsluitend betrekking op de cliënten die in de periode van 1 januari 1988 tot en met 30 juni 1988 voor het eerst als seropositief geïdentificeerd werden (ongeacht of Uw instelling dan wel een andere instantie de besmetting vaststelde). Het aantal van deze cliënten is in kolom (5) van bladzijde 2 vermeld.

Hoeveel van deze cliënten :

- hebben Belgische nationaliteit en Belgische residentie ?
  - en hoeveel hiervan gebruiken illegale drugs ?
  - en hoeveel daarvan gebruiken deze drugs intraveneus ?

- hebben Belgische nationaliteit en buitenlandse residentie ?
  - en hoeveel hiervan gebruiken illegale drugs ?
  - en hoeveel daarvan gebruiken deze drugs intraveneus ?

- hebben buitenlandse nationaliteit en Belgische residentie ?
  - en hoeveel hiervan gebruiken illegale drugs ?
  - en hoeveel daarvan gebruiken deze drugs intraveneus ?

- hebben buitenlandse nationaliteit en buitenlandse residentie ?
  - en hoeveel hiervan gebruiken illegale drugs ?
  - en hoeveel daarvan gebruiken deze drugs intraveneus ?

**BIJLAGE 2.**
**VRAGENLIJST**
**1991/2**

Dit stramien van vragenlijst werd (zij het met enkele lay-out aanpassingen) gebruikt van de enquêtes van 1988/2 t/m 1993/1.

**TOELICHTING HIV-PEILING 1991/2**

Het formulier "Halfjaarlijkse HIV-Peiling 1991/2"

De gegevens over de instelling betreffen : benaming, adres en eventuele contactpersoon. Aan deze laatste wordt ook de rapportering van de resultaten voortaan gericht.

De gegevens over aantallen cliënten hebben ditmaal betrekking op alle dossiers die geopend (of heropend) zijn in de periode van 1 juli tot en met 31 december 1991. Dossiers die in deze periode reeds geopend waren sinds een eerdere datum komen niet in aanmerking.

Onderscheid wordt gemaakt tussen :

- intraveneuze gebruikers van illegale drugs, die het produkt rechtstreeks in de ader plegen in te spuiten;
- andere gebruikers van illegale drugs, die het produkt anders dan door intraveneuze toediening gebruiken (roken, snuiven, ...);
- andere cliënten, die geen illegale drugs gebruiken, maar om een andere (al dan niet verslavings-)problematiek met U in contact gekomen zijn.

Wanneer eenzelfde cliënt naast een andere problematiek tevens (intraveneus) drugs gebruikt, dient hij/zij uitsluitend als (intraveneus) druggebruiker te worden geclassificeerd. Aldus kan éénzelfde cliënt niet in meer dan één categorie meegeteld worden.

Binnen het aantal cliënten volgens deze classificatie worden volgende gegevens gevraagd :

- hoeveel van hen op HIV-serostatus onderzocht zijn door middel van een bloedonderzoek;
- hoeveel van dezen daarbij feitelijk seropositief bevonden zijn, ook na de replicatietest.

Op het formulier kunnen binnen elke kolom de aantallen van boven naar onder dan ook nooit toenemen.

## TOELICHTING HIV-PEILING 1991/2

### Het formulier "Melding van een seropositieve druggebruiker"

Voor alle seropositief bevonden cliënten die tevens (al dan niet intraveneus) gebruiker van illegale drugs zijn en die op het formulier "Halfjaarlijkse peiling naar HIV-prevalentie - 1991/2" gemeld werden, vragen wij een individueel meldingsformulier volgens dit model op te maken. Exemplaren hiervan kan men bekomen door het bijgevoegde formulier te copiëren of door gratis bijkomende exemplaren aan te vragen bij V.A.D.

De gegevens over de individuele seropositieve druggebruiker zijn van die aard dat geen identificatie of individuele herkenning mogelijk is. Daardoor worden deontologische problemen vermeden.

De rubrieken a. tot en met d. worden ingevuld door een van de vermelde alternatieven te omcirkelen of de overige te schrappen.

- "Residentie" is het feitelijk verblijf (woonachtigheid) van de cliënt gedurende de recente jaren.
- "Nationaliteit" is deze zoals aangegeven op het paspoort.
- "Druggebruik, al dan niet intraveneus" : indien een cliënt de beide gebruikswijzen toepast, wordt "intraveneus" gekozen.
- "Andere risicofactoren" zijn elementen die het risico op HIV-besmetting kunnen beïnvloeden, of daar althans mee geassocieerd worden. Indien een of meer van deze factoren bij de gegeven cliënt in het bijzonder plausibel zijn als oorzaak of route van HIV-transmissie, gelieve deze dan als zodanig te vermelden.

HALFJAARLIJKSE HIV-PEILING 1991/2

BETREFT ALLE CLIENTEN WIER DOSSIER GEOPEND OF HEROPEND IS GEDURENDE DE PERIODE VAN 1 JULI TOT EN MET 31 DECEMBER 1991

1. Naam van de instelling :

Adres :

Contactpersoon :

2. Aantallen cliënten (van 1 juli tot en met 31 december 1991) volgens de onderstaande indeling

| | intraveneuze druggebruikers | niet-intraveneuze druggebruikers | andere cliënten |
|---|---|---|---|
| totaal aantal | | | |
| aantal gescreend | | | |
| aantal seropositief | | | |

Dit formulier a.u.b. voor **10 MEI 1992** terugzenden aan
V.A.D., Papenvest 78, 1000 Brussel

Dank voor Uw medewerking !

MELDING VAN EEN SEROPOSITIEVE DRUGGEBRUIKER

De hier gevraagde individuele gegevens staan niet toe de identiteit van de betrokkene te achterhalen en vormen dan ook geen inbreuk op diens privacy.

1. NAAM VAN DE INSTELLING (facultatief)

2. ENKELE GEGEVENS BETREFFENDE DE SEROPOSITIEF BEVONDEN CLIENT

   a. geslacht : man / vrouw

   b. residentie (feitelijk verblijf) : België / buitenland

   c. nationaliteit (afkomst) : België / buitenland

   d. wijze van druggebruik : intraveneus / niet-intraveneus

   e. andere risicofactoren en eventuele besmettingsoorzaak

Formulier a.u.b. voor iedere seropositieve druggebruiker apart invullen en met het formulier "Halfjaarlijkse HIV-peiling" terugzenden aan V.A.D., Papenvest 78, 1000 Brussel, t.a.v. Jean-Paul Wydoodt

**BIJLAGE 3.**
**RESPONS**

In de tabellen worden, per kategorie, achtereenvolgens volgende gegevens vermeld :

- het aantal verzonden enquête-formulieren, d.i. het aantal aangeschreven instellingen
- het aantal antwoorden, d.i. het aantal instellingen dat schriftelijk of telefonisch antwoordde op de enquête, los van de kwaliteit of bruikbaarheid van dit antwoord (dus m.i.v. bv. instellingen die schriftelijk of telefonisch meldden dat ze om de een of andere reden de gevraagde gegevens niet konden leveren)
- het aantal bruikbare antwoorden, d.i. het aantal instellingen dat in de tabel minstens de gegevens invulde m.b.t. aantal kliënten, gescreenden en seropositieven van de kategorieën IVD en NIVD
- de respons-ratio (RR) : de verhouding tussen het aantal antwoorden en het aantal verzonden formulieren.

VAD - MGR, SEROPOSITIVITEIT EN INJEKTERENDE DRUGGEBRUIKERS

1988/1

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 40 | 14 | 7 | 35 |
| PAAZ | 26 | 10 | 6 | 38,46 |
| TG | 10 | 7 | 7 | 70 |
| CC | 8 | 6 | 4 | 75 |
| ABC | 5 | 4 | 1 | 60 |
| NN ([94]) | 10 | 7 | 7 | 60 |
| TOT | 99 | 48 | 32 | 48,48 |

1988/2

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 42 | 23 | 16 | 54,76 |
| PAAZ | 26 | 15 | 12 | 57,69 |
| TG | 10 | 8 | 8 | 80 |
| CC | 9 | 6 | 5 | 66,67 |
| ABC | 5 | 3 | 3 | 60 |
| NN ([95]) | 7 | 5 | 5 | 57,14 |
| TOT | 99 | 60 | 49 | 59,59 |

([94]) 1 instelling had een krisiscentrum en een onthaaltehuis ; alleen het krisiscentrum werd aangeschreven, maar beide afdelingen vulden afzonderlijk het formulier in ; het onthaaltehuis werd onder de kategorie "andere" mee verrekend.

([95]) 1 instelling had een krisiscentrum en een onthaaltehuis ; alleen het krisiscentrum werd aangeschreven, maar beide afdelingen vulden afzonderlijk het formulier in ; het onthaaltehuis werd onder de kategorie "andere" mee verrekend.

VAD - MGR, SEROPOSITIVITEIT EN INJEKTERENDE DRUGGEBRUIKERS

1989/1

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 42 | 25 | 21 | 59,52 |
| PAAZ | 26 | 13 | 11 | 50 |
| TG | 9 | 5 | 5 | 55,55 |
| CC | 9 | 8 | 7 | 88,89 |
| ABC | 5 | 3 | 2 | 60 |
| NN | 7 | 1 | 1 | 14,28 |
| TOT | 98 | 55 | 47 | 56,12 |

1989/2

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 41 | 23 | 21 | 56,10 |
| PAAZ | 26 | 16 | 14 | 61,54 |
| TG | 8 | 6 | 6 | 75 |
| CC | 10 | 6 | 5 | 60 |
| ABC | 5 | 4 | 3 | 80 |
| NN | 8 | 3 | 1 | 37,5 |
| TOT | 98 | 58 | 50 | 59,18 |

VAD - MGR, SEROPOSITIVITEIT EN INJEKTERENDE DRUGGEBRUIKERS

1990/1

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 41 | 22 | 21 | 53,66 |
| PAAZ | 26 | 18 | 15 | 69,23 |
| TG | 9 | 6 | 6 | 66,67 |
| CC | 5 | 4 | 4 | 80 |
| ABC | 6 | 4 | 3 | 80 |
| TOT | 87 | 54 | 49 | 62,07 |

1990/2

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 41 | 21 | 21 | 51,22 |
| PAAZ | 26 | 15 | 15 | 57,69 |
| TG | 8 | 7 | 7 | 87,5 |
| CC | 5 | 5 | 4 | 100 |
| ABC | 6 | 4 | 3 | 66,67 |
| TOT | 86 | 52 | 50 | 60,46 |

VAD - MGR, SEROPOSITIVITEIT EN INJEKTERENDE DRUGGEBRUIKERS

1991/1

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 41 | 24 | 22 | 58,54 |
| PAAZ | 26 | 17 | 17 | 65,38 |
| TG | 9 | 6 | 5 | 66,67 |
| CC | 4 | 4 | 4 | 100 |
| ABC | 6 | 2 | 2 | 33,33 |
| TOT | 86 | 53 | 50 | 61,63 |

1991/2

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 41 | 23 | 22 | 56,10 |
| PAAZ | 26 | 16 | 15 | 61,54 |
| TG | 9 | 6 | 6 | 66,67 |
| CC | 4 | 4 | 4 | 100 |
| ABC | 6 | 6 | 5 | 100 |
| TOT | 86 | 55 | 52 | 63,95 |

VAD - MGR, SEROPOSITIVITEIT EN INJEKTERENDE DRUGGEBRUIKERS

1992/1

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 41 | 24 | 22 | 58,54 |
| PAAZ | 26 | 20 | 20 | 76,92 |
| TG | 9 | 7 | 7 | 77,78 |
| CC | 4 | 4 | 4 | 100 |
| ABC | 6 | 4 | 4 | 66,67 |
| TOT | 86 | 59 | 57 | 68,60 |

1992/2

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 41 | 22 | 20 | 53,66 |
| PAAZ | 26 | 18 | 16 | 69,23 |
| TG | 9 | 7 | 7 | 77,78 |
| CC | 4 | 4 | 4 | 100 |
| ABC | 6 | 5 | 4 | 83,33 |
| TOT | 86 | 56 | 51 | 65,12 |

VAD - MGR, SEROPOSITIVITEIT EN INJEKTERENDE DRUGGEBRUIKERS

1993/1

| kategorie | verzonden | respons | | |
|---|---|---|---|---|
| | | antwoorden | bruikbare antwoorden | RR |
| PZ | 41 | 23 | 21 | 56,10 |
| PAAZ | 26 | 18 | 16 | 69,23 |
| TG | 9 | 7 | 7 | 77,78 |
| CC | 4 | 4 | 4 | 100 |
| ABC | 6 | 5 | 3 | 83,33 |
| TOT | 86 | 57 | 51 | 66,28 |